

DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE CANCROÏDALE
DES
ANCIENS FOYERS OSTÉOMYÉLITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIUS DEVARs

Né le 2 janvier 1866, à Fouilleuse, canton de Saint-Paul (Basses-Alpes)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE CANCROÏDALE

DES
ANCIENS FOYERS OSTÉOMYÉLITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIUS DEVARS

Né le 2 janvier 1866, à Fouillouse, canton de Saint-Paul (Basses-Alpes)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. CONDAMIN et JABOULAY Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR, A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JABOULAY

INTRODUCTION

Parmi les complications tardives, qui peuvent assombrir encore le pronostic éloigné d'une affection toujours aussi grave par elle-même que l'inflammation osseuse, il en est une dont les auteurs classiques parlent peu : c'est la dégénérescence cancéreuse. Pendant notre stage, chez M. le professeur Poncet, notre attention a été plusieurs fois appelée par lui, soit au lit du malade, soit dans ses leçons, sur cette transformation épithéliomateuse des vieilles lésions osseuses d'origine inflammatoire.

On connaît la fréquence de la dégénérescence cancéroïdale des anciens foyers pathologiques et les observations ne se comptent plus aujourd'hui d'ulcères de la peau, d'altérations inflammatoires des muqueuses, etc., qui ont été le point de départ d'un cancéroïde. Dans certaines circonstances le squelette peut lui-même être atteint, mais

si quelques faits de ce genre ont été publiés, la question n'en reste pas moins encore à l'étude. Sur les conseils de M. Poncet nous avons cherché à réunir les matériaux épars de ci de là sur ce sujet et avec les observations inédites recueillies dans son service, à en faire l'objet de notre thèse.

Nous ne nous occupons que d'une variété de cancer des os, de l'épithélioma que l'on peut appeler primitif du tissu osseux. Cette invasion du squelette, par une néoplasie épithéliale, qui ne saurait prendre naissance, en raison de certaines lois histologiques, aux dépens du tissu conjonctif constituant la substance osseuse et complètement dépourvu d'éléments épithéliaux, se développe toujours, comme nous le verrons, dans un foyer mal éteint, communiquant avec le dehors par une ou plusieurs fistules, de telle façon que l'affection, tout en étant en quelque sorte primitive, doit être, ainsi que nous l'établirons, considérée comme secondaire à la dégénérescence cancéroïdale de trajets fistuleux, en partie tout au moins cutanés.

Nous nous sommes attaché surtout à faire de cette complication de l'ostéomyélite une étude clinique.

Dans un premier chapitre qui aura trait à l'histoire de la question nous examinerons les différents travaux et observations publiés sur la dégénérescence cancéroïdale des os et dont l'étude ne nous paraît guère remonter au delà d'une trentaine d'années avec une première observation de Cornil et Ranvier en 1866.

Dans un deuxième chapitre nous rechercherons l'étiologie et la pathogénie de cette affection en même temps que nous en exposerons l'anatomie pathologique.

Un troisième chapitre sera consacré à la description des symptômes, à la marche, à l'évolution des lésions et au diagnostic.

Notre quatrième chapitre comprendra un résumé de toutes les observations publiées et l'exposé détaillé des observations inédites recueillies à la clinique de M. le professeur Poncet.

Dans un cinquième chapitre nous envisagerons le pronostic et le traitement de cette complication éloignée des lésions osseuses.

Enfin de l'ensemble de ces faits il nous sera permis de formuler des conclusions, qui, nous l'espérons, mériteront d'être prises en considération.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Poncet, notre président de thèse, qui, en nous fournissant l'idée de ce travail, nous a donné une nouvelle preuve de la bienveillance à laquelle depuis longtemps il nous avait habitué. C'est toujours avec cette même bonté, bien connue de tous ceux qui l'approchent, que ce maître dévoué a mis son temps et ses précieuses observations, aussi bien que son expérience et son savoir, à notre disposition ; nous n'oublierons jamais ses leçons si agréables et si uti-

les, son enseignement nous servira de guide dans notre carrière médicale.

M. le professeur agrégé Jaboulay n'a cessé, durant tout le cours de nos études, de nous donner les marques du plus grand intérêt, qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre plus vive gratitude.

Nous tenons à remercier bien sincèrement nos camarades et amis Décornoz, Gérardin et Bonaymé, qui, par leur connaissance approfondie de la langue allemande, ont facilité nos recherches, et nous ont été d'un précieux concours pour la traduction des observations.

Enfin, avant de nous éloigner de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, nous sommes heureux de pouvoir leur exprimer publiquement toute notre gratitude pour les leçons qu'ils nous ont toujours si libéralement données.

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCROÏDALE

DES

ANCIENS FOYERS OSTÉOMYÉLITIQUES

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique.

En 1834, Hawkins¹ signale et publie son premier mémoire sur la dégénérescence cancroïdale des anciennes cicatrices, des vieux ulcères, lupus, etc. Depuis, les travaux se sont multipliés sur cette question. Malgré les nombreux rapports qui, au point de vue étiologique surtout, doivent exister entre ce genre de lésions et celle qui nous occupe, les auteurs jusqu'en ces derniers temps, ne disent à peu près rien de la transformation épithéliomateuse des anciens foyers pathologiques osseux, en communication avec les téguments par une ou plusieurs fistules.

Pour être assez rare, cette lésion est loin cependant

¹ An warty tumour in cicatrices (*Lond. med. Gazette*, 1834, t. XIII).

d'être tout à fait exceptionnelle. Les cas de cancroïdes développés dans les trajets fistuleux et les cloaques de nécrose, plus particulièrement dans les os longs ont été assez souvent et depuis longtemps déjà observés par les chirurgiens lyonnais. M. le professeur Poncet, en 1885, écrivait en effet : « Notre attention fut appelée pour la première fois sur des faits de ce genre par M. Ollier qui, dans sa longue pratique chirurgicale, avait eu l'occasion d'en observer plusieurs cas. »

Aussi loin que nous avons pu remonter dans la littérature médicale française, la première observation circonscanciée que nous avons trouvée est celle publiée par Cornil et Ranvier⁴ en 1866. Nous avons pourtant rencontré dans la littérature allemande quelques observations qui paraissent remonter à une date ultérieure, mais ces observations ont passé à peu près inaperçues jusqu'au jour où, avec celle de Cornil, vint se poser nettement la question de la dégénérescence épithéliale des trajets fistuleux et, comme conséquence, l'envahissement secondaire du tissu osseux. Ces auteurs ont pu voir, en effet, sur un malade entré à l'hôpital de la Pitié pour une fracture de l'humérus, une dégénérescence cancroïdale s'effectuer sur un trajet fistuleux datant de longues années, dont la cause était un volumineux séquestre, vestige d'une ostéomyélite ancienne, siégeant dans la profondeur de l'os. Les fragments osseux de la fracture, produite précisément au niveau de la fistule, étaient recouverts d'un tissu bourgeonnant qui put être énucléé sous forme de grumeaux. Ces

⁴ Cornil et Ranvier, *Journal de l'anatomie et de la physiol.* (1866).

grumeaux, examinés au microscope, furent trouvés constitués par des cellules épithéliales pavimenteuses et par des globes épidermiques. A la fin de leur observation, Cornil et Ranvier ajoutent : « Nous n'avons trouvé nulle part, un fait comparable à celui-ci, où le cancroïde se fût développé dans le trajet fistuleux et aux dépens des bourgeons charnus. Nous ne pouvons donc pas citer l'opinion des auteurs au sujet du développement de l'épithélioma. » Pour eux, la néoformation a pris naissance sur les bourgeons charnus qui, végétant sur les parois des fistules, se recouvrent d'une couche d'épithélioma pavimenteux. L'extension à l'os qui, du fait de la nécrose et de la suppuration, avait dû subir des modifications, s'est effectuée de proche en proche. « On pourrait, disent ces auteurs, distinguer dans cette observation deux phases dans le développement du néoplasme, la première caractérisée par la formation de moelle embryonnaire et la disparition de lamelles osseuses, la seconde par la genèse de l'épithélioma. Pour eux donc, la tumeur n'a envahi le squelette que secondairement, et « il doit en être toujours ainsi, disent-ils, car les deux observations publiées l'une par Virchow, l'autre par Weber, comme tendant à prouver l'origine primitive de la tumeur dans le squelette, ont été contestées par Thiersch ¹. »

Telle n'est pas l'opinion de M. Pujo² qui, quelques années plus tard, sous l'influence des idées de Virchow, publia dans sa thèse inaugurale une observation qu'il

¹ Thiersch, *Der Epithelialkrebs namentlich der Haut*, Leipzig, 1865.

² Pujo, thèse de Montpellier, 1870.

considérerait comme démontrant d'une manière péremptoire l'épithélioma primitif du tissu osseux. Sans nous arrêter ici à discuter ce que cette observation peut avoir de fondé, disons tout de suite que cette tumeur, développée dans un ancien foyer d'ostéite, peut bien avoir une origine différente de celle que suppose Pujol. Elle nous paraît plutôt rentrer dans une des catégories que nous indiquerons plus tard à propos de la pathogénie de l'affection.

En 1881, Nicoladoni publia dans les *Archives de Langenbeck* un travail assez important sur la formation des épithéliomes dans les plaies à séquestres. Dans ce travail, il rapporte six observations; trois d'entre elles ont été trouvées dans la littérature du D^r V. Dittrich remontant à 1847. Ce sont celles qui portent les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6. Nicoladoni donne pour l'origine du néoplasme, une explication qui diffère sensiblement de celle de Cornil. Il croit qu'« il faut rapporter l'origine de ces tumeurs à un ou plusieurs lambeaux de peau, qui, décollés des parties sous-jacentes, se seraient repliés par leur partie libre sur la surface bourgeonnante des trajets fistuleux, s'y seraient réunis et se seraient ensuite séparés de la peau avoisinante, soit à la suite d'une tentative opératoire, soit par un travail d'ulcération ». Ces languettes de peau venant à proliférer, il est facile de se rendre compte du développement de l'épithélioma et de sa rapide extension à tout le trajet fistuleux.

M. le professeur Poncet¹ reconnaît à certaines de ces tumeurs une origine identique : « On peut en effet, dit-il, admettre que la transformation commence par la peau

¹ Poncet, *Encyclopédie internat. de chir.*, 1885.

plus ou moins déprimée au fond des trajets fistuleux, que la moelle, le tissu osseux sont atteints secondairement, et qu'en raison spéciale de la structure du tissu médullaire l'infection se fait rapidement ».

En 1887, M. Auché¹ fait une étude complète des épithéliomas des os. Il n'admet pas la genèse primitive de la néoformation dans le tissu osseux. Il cherche à démontrer que, dans tous les cas observés, on peut se rendre compte de la production secondaire du néoplasme. Il a bien indiqué le mode de développement de ces tumeurs.

A la même époque, Bratschmann² publie un travail sur le carcinome de l'os temporal. Il montre que cet os est dans la majorité des cas envahi par la néoplasie à la suite d'une otite suppurée chronique.

L'année suivante, le Dr Vallas³ de Lyon, en étudiant les tumeurs du calcaneum rapporte deux observations concluantes de tumeur maligne ayant envahi le tissu osseux à la suite d'une ostéite.

Durand⁴, la même année, dans un travail fort bien fait sur l'épithélioma primitif des cicatrices, signale un cas de cancroïde développé sur un foyer d'ostéomyélite, avec fistules souvent cicatrisées, mais toujours réouvertes par une inflammation mal éteinte.

En 1889, Chaintre⁵ reprend l'étude de la même question

¹ Auché, *Étude sur l'épithéliome des os*, th. Bordeaux, 1887.

² Bratschmann, *Arch. für Orenheilkund.*, 1887.

³ Vallas, Tumeur du calcaneum (*Gaz. hebdomadaire*, 1888).

⁴ Durand, *Epithelioma pavimenteux primitif des cicatrices*, thèse Paris, 1888.

⁵ Chaintre, De l'épithélium des cicatrices (*Gazette médicale de Paris*, 1889).

et rapporte plusieurs observations d'épithéliomas développés sur des moignons d'amputation.

La même année Volkmann¹ publie, sur le cancer des membres, une monographie fort bien faite et basée sur l'examen de 223 observations. Il a divisé ces nombreux cas en trois groupes. Le premier groupe, qui comprend les cancers provenant d'une inflammation chronique des téguments compte 128 cas. Ces 128 observations sont elles-mêmes rangées en deux catégories. Dans la première au nombre de 96 sont placés tous les cancroïdes développés sur les vieux ulcères, les callosités, les lupus, les anciens cautères ou sétons. Les 31 autres cas forment la deuxième série, représentant les tumeurs qui ont pris naissance sur les vieilles fistules ossifluentes.

Volkmann ne fait aucune distinction au sujet de la lésion inflammatoire première; il accuse aussi bien la tuberculose que l'ostéomyélite : « Les malades, dit-il, ont souffert dans leur jeunesse d'une carie tuberculeuse ayant amené des séquestres ou d'une ostéomyélite aiguë de la moelle osseuse. » Nous reproduisons plus loin un résumé des observations que nous avons pu nous procurer. Nous verrons aussi combien nous paraissent restreints les cas où la tuberculose peut être mise en cause, et jusqu'à quel point nous devons accepter, pour la variété particulière qui nous occupe, l'assertion de Volkmann disant que la marche de ces tumeurs est en général lente et bénigne à cause de l'état d'inflammation chronique du sol qui les porte.

¹ Volkmann, *Sammlung klinischer Vorträge*, n°s 234-235, 1889. *Ueber den primären Krebs des Extremitäten.*

Si nous arrivons enfin aux classiques les plus modernes et aux travaux de ces dernières années, nous trouvons nettement signalé le fait qui nous occupe et que nous n'avions toujours vu jusqu'ici étudié qu'indirectement. Mauclaire¹, dans son livre paru en 1893, dit : « Les anciens trajets fistuleux peuvent subir la dégénérescence cancroïdale, l'os peut être envahi secondairement », et n'insiste pas davantage.

Dans le courant de l'année dernière, M. le professeur Pollosson² a fait, à propos du cas dont nous rapportons l'observation plus loin, une leçon clinique à l'Hôtel-Dieu.

Si nous nous rapportons enfin au livre de M. le professeur agrégé Gangolphe³, paru cette année même, nous trouvons au chapitre de l'ostéomyélite quelques lignes consacrées au sujet que nous étudions, mais les détails sont aussi restreints que le comporte le cadre de cet ouvrage.

Au sujet de la tuberculose, l'auteur ne nous a pas paru avoir signalé un fait semblable.

Tels sont, signalés en peu de mots, les principaux travaux qui se rapportent plus ou moins directement à notre question. Nous voyons que, si les dégénérescences cancroïdales des vieux foyers pathologiques des téguments et des muqueuses ont été bien étudiées, et ici nous pourrions citer encore une foule de travaux importants, tels que

¹ Mauclaire, *Ostéomyélite de croissance*, 1893.

² Pollosson, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1893.

³ Gangolphe, *Maladies parasitaires et infectieuses des os*, 1894.

ceux de Follin¹, Pedraglia², Clément³, Jauzion⁴, Le Clerc⁵, Villar⁶, Broca⁷, Heurteaux⁸, Bøgehold⁹, Raymond¹⁰, etc., que si les tumeurs du tissu osseux, et les cancers des membres sont bien connus, la question telle que nous l'envisageons n'a pas été étudiée d'une façon complète.

Depuis longtemps, on sait que les cancroïdes de la face, principalement ceux qui se développent à l'angle interne de l'œil et sur les lèvres, peuvent secondairement envahir le squelette sous-jacent. Ces simples remarques faites par les anciens observateurs permettaient de se rendre compte de l'existence de tumeurs du type épithélial dans le tissu osseux, sans avoir à invoquer, pour expliquer leur présence dans un tissu qui ne contient pas de cellules épithéliales, une autre origine que les épithéliomas normaux du corps. Sous l'influence des doctrines de Virchow, et plus tard de celles de Conheim, bon nombre d'auteurs

¹ Follin, *Gazette des hôpitaux*, 1845.

² Pedraglia, thèse de Giesseq, 1853.

³ Clément, *Epithelioma des cicatrices* (thèse de Strasbourg, 1868).

⁴ Jauzion, thèse, Paris, 1876.

⁵ Le Clerc, thèse, Paris, 1883.

⁶ Villar, thèse, Paris, 1886.

⁷ Broca, *Traité des tumeurs*, 1866.

⁸ Heurteaux, *Cancroïde en général* (thèse, Paris, 1862). — Société anatomique de Nantes (séances du 14 août 1878 et 8 janvier 1879).

⁹ Bøgehold, Ueber die Entwicklung von malignen Tumoren aus Narben (*Virchow's Archiv*, 1882).

¹⁰ Raymond, De l'épithélioma développé sur lupus (in *Annales de dermatol. et de syphilig.*, 1887).

soutinrent l'existence de l'épithélioma primitif des os. Loin de vouloir réveiller à nouveau cette question si longtemps controversée, nous voulons, en terminant ce chapitre, dire que nous la considérons comme définitivement tranchée.

Si M. le professeur Poncet, en 1885, écrivait, en admettant la possibilité de l'épithélioma primitif, que « l'épithélioma secondaire résultant de la propagation d'une lésion cancéroïdale primitive des parties molles est relativement fréquent », il n'admet plus aujourd'hui que cette dernière variété, et, dans le *Traité de Chirurgie*, il dit : « La dégénérescence cancéroïdale des foyers intra-osseux n'a, en effet, été observée que dans les cas de fistules et nous avons établi que la lésion débute par la peau pour envahir ultérieurement le squelette. » Avec notre maître, avec Thiersch, Waldeyer, Billroth, Saviote, Malassez, Auché et beaucoup d'autres, nous ne reconnaissons aux tumeurs épithéliales qu'une seule origine : l'origine par prolifération de cellules épithéliales préexistantes.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie.

Anatomie pathologique.

ÉTIOLOGIE

Exception faite des épithéliomas térébrants, alvéolodentaires et autres qui, d'abord, manifestement cutanés ou muqueux, atteignent ensuite le squelette, mais qui ne rentrent pas dans le cadre de ceux que nous étudions, la cause la plus fréquente du développement secondaire des cancroïdes dans le tissu osseux, c'est évidemment, pour ne pas dire uniquement, l'ostéomyélite aiguë ou subaiguë, dite de croissance.

Quelques observations qui nous ont paru suspectes, au point de vue de la tuberculose, et les affirmations si catégoriques de Volkmann à ce sujet, ont fait que nous n'avons osé mettre radicalement hors de cause cette dernière lésion. Nous verrons cependant que, si ces deux ostéopathies peuvent toutes les deux donner naissance à des fistules qui durent de longues années, il existe dans leur processus

des différences qui nous permettront de nous rendre compte pourquoi la première seule doit être incriminée dans la majorité des cas.

Quand les agents pathogènes, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, bacilles d'Eberth ou autres ont accompli leur œuvre de destruction, que va-t-il se passer ? Si, grâce à un organisme résistant ou à une virulence moindre de l'agent infectieux, le malade ne succombe pas, la nature va faire effort pour se débarrasser des produits frappés de mort. On ne tarde pas à voir s'ouvrir une ou plusieurs fistules pour donner issue au pus et aux séquestres qui se forment généralement en ces circonstances, à moins toutefois que le processus ait été assez bénin pour n'aboutir seulement qu'à une simple hyperostose, peu ou pas douloureuse, avec ou sans suppuration constituant cette affection connue sous le nom d'ostéo-périostite chronique d'emblée. Ces cas heureux sont tout à fait exceptionnels, presque toujours on a formation de pus et de séquestres, sans parler des nombreuses lésions de voisinage qui peuvent venir aggraver la situation.

Nous savons que la guérison complète et définitive de l'ostéomyélite est précisément liée à l'évacuation totale du pus et des séquestres. Il est rare que la nature abandonnée à elle-même puisse obtenir ce résultat. L'élimination spontanée des séquestres demande certaines conditions qui ne sont pas toujours réunies. Quand on se trouve en présence d'un petit séquestre situé superficiellement, sans réaction périostique qui puisse lui constituer une barrière, on comprend sans peine son évacuation. Si, au contraire, le séquestre est volumineux et formé, comme le fait arrive quelquefois par la presque totalité de la dia-

physe, si l'ostéogénèse a développé autour de lui de nouvelles couches osseuses qui l'ont profondément invaginé, comment espérer une expulsion naturelle ? Dans ces circonstances, le foyer ne se vide pas, le séquestre reste en place, gardant souvent à côté de lui des germes infectieux; constituant un foyer d'ostéomyélite prolongée.

Une membrane granuleuse, pyogénique comprise dans un tissulardacé, tissu d'inflammation chronique se constitue; elle tapisse toutes les parois et le séquestre est complètement séparé de l'os environnant. Les trajets s'organisent, et, la suppuration continuant, nous avons désormais une fistule interminable. Si quelquefois elle vient à se fermer, elle sera bien vite réouverte par le foyer non éteint qui n'attend qu'une occasion propice pour rappeler sa présence. Nous voilà donc en présence d'un fistule qui va durer de longues années avec une réaction locale presque insignifiante, peu ou pas douloureuse, si ce n'est au moment des poussées inflammatoires, voyons quelles sont les causes qui peuvent favoriser sa transformation cancéroïdale.

Nous ne prétendons pas et nous ne voulons pas, bien entendu, entreprendre de pénétrer la cause intime de la genèse des tumeurs épithéliomateuses. On sait que, si l'origine parasitaire a été admise et ardemment soutenue, elle n'a pas été démontrée; « c'est, dit M. Pollosson¹, une hypothèse plausible, même probable, mais qui attend sa démonstration ». D'autres auteurs ont voulu voir dans les agents irritants chimiques et pharmaceutiques des causes efficientes de productions épithéliomateuses. Disons en passant que, notre attention ayant été attirée sur ce point,

¹ *Loc. cit.*

nous avons à cet effet parcouru un grand nombre d'observations. Nous avons vu que beaucoup de malades avaient fait usage, longtemps avant le début de la tumeur, de pommades les plus diverses, et d'onguents les plus variés pour soigner, soit un vieil ulcère, un vieux lupus ou même un cautère. Il nous a été impossible de dégager de nos recherches la moindre notion précise.

Rappelons enfin que l'année dernière le Dr Fiessinger¹ s'est demandé si l'on ne pourrait pas voir l'origine de bon nombre de ces tumeurs dans la sécrétion de certains insectes, déposée sous les téguments humains. Il se produirait là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la production des galles qu'on voit naître sur certains végétaux à la suite de la piqûre du *diplopis gallæ tinctoriæ* ou autres insectes. Ce n'est là qu'une hypothèse et le Dr Fiessinger est loin d'avoir entraîné notre conviction.

Du reste, peu nous importe que l'agent qui doit déterminer la prolifération des cellules épithéliales et provoquer la formation de la tumeur soit d'ordre parasitaire, physique ou physiologique. Il est certaines conditions cliniques connues depuis longtemps qui, si elles ne donnent pas naissance au néoplasme, favorisent au moins son éclosion; ce sont elles que nous voulons examiner pour le cas particulier qui nous occupe. Nous n'aurons rien appris de nouveau quand nous aurons dit que l'âge, l'irritation prolongée, les contusions et traumatismes, la malpropreté surtout tiennent le premier rang parmi les facteurs étiologiques du cancer. Ces différentes causes ont été réunies en deux groupes : Causes générales et causes locales.

¹ Fiessinger, Recherches cliniques sur l'étiologie du cancer (in *Rev. médic.*, 1893).

CAUSES GÉNÉRALES. — Parmi les causes générales se trouvent rangés un grand nombre de facteurs. On a étudié l'influence des *racés*, des *climats*, l'*habitus*, le *tempérament* et même l'*alcoolisme*. Le D^r Lambert¹ tend, en effet, à établir un rapport parallèle entre la consommation croissante d'alcool et le nombre sans cesse augmentant des cancers !

Nous n'avons rien à ajouter, pour le cas particulier que nous étudions, à tout ce qui a été dit ; nous renvoyons donc le lecteur aux ouvrages où ces questions se trouvent traitées.

Hérédité. — Malgré le rôle important que de tout temps on a voulu faire jouer à l'hérédité elle ne nous semble ici, moins que pour toute autre variété de cancroïde, devoir entrer en ligne de compte. Dans aucune de nos observations nous n'avons pu trouver l'indication de tare héréditaire.

Il doit, en effet, en être ainsi, car il nous serait difficile de comprendre comment une affection, qui demande, pour se produire, l'existence antérieure d'une autre affection, qui elle n'a rien d'héréditaire, puisse être influencée par un atavisme ascendant.

Age. — Il est d'observation banale que les cancroïdes ont une prédilection marquée pour l'âge mûr et la vieillesse. L'examen des cas que nous rapportons nous permet encore une fois de plus de constater le fait ; car, à l'exception de quelques-uns, tous se rapportent à des sujets ayant dépassé quarante-cinq ans. Nous rappellerons seulement que,

¹ Lambert, *Normandie médicale*.

quelque important que soit ce facteur, il ne faut pas lui accorder un rôle exclusif. Les cas de tumeurs de ce genre observées chez des jeunes personnes ne sont pas tout à fait exceptionnels.

Pour la variété particulière qui nous occupe, ce qui semble avoir plus d'importance que l'âge du sujet, c'est l'âge de la fistule. Dans toutes nos observations nous voyons en effet que la lésion osseuse première date de l'enfance ou de la jeunesse et ce n'est que de longues années, 20, 30, 40 et même 66 ans après, comme dans l'observation de Socin, que la dégénérescence épithéliomateuse s'est produite. La longue durée de la suppuration et du trajet fistuleux peut donc être considérée comme une condition, sinon indispensable, du moins comme ayant une haute importance pour le développement de la tumeur. C'est là un type de dégénérescence des lésions inflammatoires chroniques, tout à fait assimilable dans son processus, dans son évolution aux transformations de même ordre que l'on peut rencontrer dans les divers tissus soumis à des causes d'irritation incessante.

M. Poncet nous a cependant signalé l'observation d'un jeune malade de son service, couché au n° 17 de la salle Saint-Joseph, chez lequel une transformation épithéliomateuse aiguë avec une mort rapide était survenue dans un foyer récent d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche. La lésion ostéomyélique remontait à six mois, et, après une tranchée osseuse pratiquée pour l'ablation d'un gros séquestre, les bourgeons profonds devinrent quelques semaines après cancéroïdaux. Le petit malade fut emporté par cette néoplasie maligne qui s'étendit bientôt à tout le fémur.

L'étendue des lésions, la présence de ganglions inguinaux iliaques contre-indiquaient toute opération.

Sexe. — De toutes les études faites sur la néoplasie carcinomateuse en général il semble résulter que le sexe joue un rôle assez important, la femme étant bien plus fréquemment atteinte que l'homme. Fabre¹ dit que la proportion est de 75 pour 100 pour les femmes et de 25 pour 100 seulement pour les hommes. De l'examen de nos observations il semblerait se dégager une conclusion tout opposée, car sur un total de trente-neuf cas nous ne trouvons que six femmes. Ce résultat n'a pourtant rien qui doive nous surprendre ; si nous nous rappelons que l'ostéomyélite, cause première des accidents, est de beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin il est facile de prévoir qu'il doit en être ainsi.

CAUSES LOCALES. — *Traumatismes, irritation prolongée, malpropreté.* — De tout temps on a accordé aux causes locales une influence marquée sur le développement des tumeurs malignes. On sait le rôle que l'on fait jouer au traumatisme. Que de fois en l'absence de tout autre facteur étiologique, n'a-t-on pas, en désespoir de cause, rattaché l'origine de la tumeur, à une contusion, à un choc bien souvent insignifiant, mais qu'il est toujours facile de retrouver dans le passé du malade. Il n'est pas une femme qui, porteur d'un cancer du sein, ne trouve dans ses antécédents un traumatisme quelquefois sans importance, mais qu'elle n'hésite pas quand même à in-

¹ Fabre, thèse de Lyon, 1892.

criminer comme cause de son affection. Sans vouloir nier le rôle du traumatisme, nous pensons qu'il a été exagéré et qu'en maintes circonstances il a plutôt servi comme cause révélatrice d'une tumeur préexistante que comme cause provocatrice.

L'irritation prolongée a paru dans quelques cas avoir été nettement une cause occasionnelle, témoin ce chiffonnier qui vit se développer un cancroïde sur la région scapulaire, à l'endroit précis où appuyait la courroie qui servait à porter sa balle. Que de fois n'a-t-on pas imputé à l'abus de la pipe le développement d'un cancroïde sur la lèvre inférieure ? Les cas de ce genre fourmillent et nous n'en finirions pas si nous voulions les énumérer. Tout en accordant à ces diverses causes l'importance qu'elles méritent, il en est une qui semble les dominer toutes et que l'on devrait, croyons-nous, placer au premier rang : la malpropreté.

Les statistiques sont unanimes à démontrer la fréquence des cancroïdes sur les points découverts et malpropres. On sait que les gens de la campagne, vivant dans une propreté souvent plus que rudimentaire, payent à cette affection un tribut plus fort que les gens des villes. On ne peut, pour expliquer cette prédilection du carcinome des téguments chez l'homme des champs, presque inconnu au citadin, invoquer une différence constitutionnelle ou alimentaire, rendant ce dernier réfractaire à la maladie, car il est tout aussi bien que le paysan sujet au cancer des viscères.

N'est-on pas, du reste, frappé par cette particularité qui semble fixer toutes les dégénérescences cancroïdales près des orifices, bouche, anus, col utérin, etc., régions

qui sont le siège de contusions souvent répétées, il est vrai, mais où la propreté fait si souvent défaut? Or, n'est-ce pas un orifice, artificiel celui-là, qu'établissent les fistules et qui, pendant de longues années, va être le siège d'une irritation permanente produite par l'écoulement du pus et qui, de ce fait même, se trouvera dans des conditions déplorables de propreté. On sait que les cancroïdes sont tout à fait exceptionnels sur les surfaces libres des membres et du tronc : « Pour ma part, dit M. Pollosson, je n'ai jamais rencontré dans ces régions un épithélioma qui s'y soit développé en dehors d'une lésion pathologique invétérée, plaçant les parties atteintes dans les conditions habituelles de malpropreté. »

Il paraît donc établi que les contusions, les irritations prolongées, la malpropreté surtout, sont des causes efficaces de la production néoplasique; or, ne les trouvons-nous pas absolument toutes réunies au suprême degré dans nos anciens foyers pathologiques à fistules ossifluentes? Si nous admettons l'hypothèse d'un agent quelconque venu de l'extérieur comme cause déterminante, n'est-il pas rationnel de penser qu'il trouvera dans ces régions toutes les conditions propices à sa localisation? Le processus inflammatoire semble avoir créé dans les tissus qu'il a longuement irrités et fortement remaniés un *locus minoris resistentiæ* tout préparé pour l'évolution néoplasique.

Siège. — En parcourant nos observations, il est facile de se convaincre qu'il est une région qui est atteinte de préférence : c'est la jambe. Nous voyons, en effet, que sur 39 cas, 26 siègent à la jambe, 5 à la cuisse, 2 au bras, 5 au pied, 1 au genou.

On pourrait être frappé de cette distribution si inégale entre les divers segments du squelette si l'on ne tenait pas compte du foyer osseux primitif. L'explication de ce fait, surprenant au premier abord, devient de la plus grande facilité si nous nous rappelons que l'ostéomyélite, bien que pouvant atteindre tous les os, a une prédilection bien marquée pour le membre inférieur, et que dans ce dernier c'est le tibia qui sert le plus souvent de théâtre à son évolution.

En présence de ces faits, ne devons-nous pas nous demander si les anciennes ostéo-périostites, causes indirectes mais premières de la lésion qui nous occupe, peuvent indifféremment reconnaître pour cause le bacille de Koch ou tout autre agent microbien !

Nous avons déjà dit que Wolkmann n'avait fait aucune distinction, qu'il met sur la même ligne la tuberculose et l'ostéomyélite aiguë ou subaiguë. Il est bien difficile, parmi les observations que nous avons pu recueillir, de faire un décompte exact et de rapporter chaque lésion inflammatoire osseuse à sa véritable cause. De l'ensemble des faits notés, nous pouvons cependant déduire quelques considérations qui nous paraissent logiques.

La dégénérescence cancroïdale demande généralement pour s'établir un vieux foyer fistuleux ayant duré de longues années, sur un sujet relativement bien portant ; il est facile de voir que ces conditions se trouvent bien moins remplies avec la tuberculose qu'avec une ostéo-périostite d'une autre nature. C'est bien rare, en effet, de voir la tuberculose rester des vingt ou quarante ans cantonnée dans un foyer osseux, sans manifester autrement sa présence que par un écoulement de pus, la plupart

du temps insignifiant. Le plus souvent, au contraire, le malade souffre, la douleur en même temps que l'impotence fonctionnelle l'oblige à venir demander le bénéfice d'une intervention chirurgicale. Si la lésion est abandonnée à elle-même, il est bien étonnant qu'elle n'arrive pas à produire pendant ce long espace de temps une complication grave, et presque toujours le malade succombera emporté par une généralisation soit aux poumons, soit aux méninges, soit au péritoine, avant qu'il ait atteint l'âge auquel se développe généralement le cancroïde.

Dans d'autres cas, la mort est le résultat de la dégénérescence amyloïde des viscères qui se produit assez rapidement à la suite d'une suppuration abondante.

Tout le monde connaît la fréquence des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied, du genou, du coude, pourquoi alors trouvons-nous si rarement nos tumeurs épithéliomateuses développées sur ces régions ? La tuberculose aime les os courts, vertèbres, astragale, calcanéum, côtes, etc. nos cancroïdes se développent surtout sur les os longs. Nos observations nous montrent aussi que le sexe masculin est dans des proportions notables plus fréquemment atteint que le sexe féminin, or, nous ne sachions pas que la femme aussi bien que l'homme ne paye son tribut à la tuberculose. Comment alors comprendre son immunité relative ? Nous le voyons donc, avec la tuberculose plusieurs questions dont la solution paraît embarrassante, sinon paradoxale, se posent devant nous, tout devient facile à comprendre si nous faisons jouer au contraire un rôle prépondérant à l'ostéomyélite.

Telles sont les raisons que nous pouvons invoquer contre l'idée d'une ostéo-périostite première d'origine tubercu-

leuse. Sans oser nier la possibilité d'une dégénérescence épithéliomateuse sur un trajet fistuleux de cette nature, sans affirmer l'incompatibilité d'un épithélioma greffé sur un foyer osseux de tuberculose, nous pensons que ces faits, s'ils existent, sont absolument rares. M. le professeur Poncet, dans sa carrière chirurgicale déjà longue, ne se rappelle pas avoir jamais vu un fait semblable.

PATHOGÉNIE

Nous venons de voir que le trajet fistuleux réunit bien toutes les conditions requises pour donner naissance à un cancroïde. Aussi, cette transformation s'observe-t-elle le plus souvent dans de vieux foyers ostéomyélitiques avec fistule ; il s'agit alors, et c'est la règle, d'une transformation épithéliomateuse ouverte. Dans certaines circonstances, la guérison est complète ; depuis longtemps, l'os est revenu à l'état normal, mais aux trajets fistuleux ont succédé des cicatrices adhérentes au squelette, déprimées en cul de poule qui peuvent être le point de départ de la dégénérescence. M. Poncet a été deux fois témoin de transformations épithéliomales du calcanéum autrefois frappé, ayant succédé à un ulcère cancroïdal cicatriciel. Il faut donc, suivant sa remarque, distinguer deux formes d'épithélioma osseux. Les *épithélioma ouverts*, c'est-à-dire ceux développés dans un foyer d'ostéo-périostite avec fistule et les *épithélioma en quelque sorte fermés*, c'est-à-dire débutant par des cicatrices ayant succédé à des fistules d'origine osseuse. Nous ne faisons que mentionner cette deuxième variété, car il s'agit très nettement ici

d'une tumeur de la peau, envahissant par continuité les os voisins, comme on le remarque assez souvent, tout particulièrement pour le tibia à la suite de la transformation épithéliale d'un vieil ulcère de jambe.

Voyons maintenant de quelle façon le processus pathologique peut dans la première forme atteindre le tissu osseux. De l'examen des observations que nous avons pu recueillir, il nous semble que l'on peut, comme le fait Auché, diviser en deux groupes tous les cas signalés jusqu'à ce jour.

Dans le premier groupe, prennent place les cas, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, dans lesquels la peau est dégénérée dans une zone plus ou moins grande tout autour de l'orifice fistuleux.

Dans le deuxième groupe, se rangent les quelques observations, ou comme dans celle qui est rapportée par Nicoladoni (obser. IV) le néoplasme n'a pas envahi les tissus voisins de la fistule, ou comme celle de Pujo la production épithéliale est trouvée cantonnée tout à fait au milieu du tissu osseux.

Cette division en deux groupes, dit Auché, ne paraît pas indifférente au point de vue de l'origine de la lésion.

Nous avons déjà dit, dans notre historique, que les auteurs n'avaient pas tous reconnu à ces tumeurs le même point de départ. Les uns avec Cornil croient que la prolifération se fait aux dépens de la couche d'épithélium pavimenteux dont se recouvrent les bourgeons, probablement par greffe épidermique spontanée, les autres pensent que la tumeur prend directement naissance sur la peau, soit aux dépens de l'épiderme qui borde l'orifice de la fistule, soit aux dépens de lambeaux de téguments plus ou moins

invaginés dans le trajet fistuleux. Ne peut-on pas concilier ces diverses opinions, et admettre que ces origines différentes répondent chacune à l'un des deux groupes que nous avons énoncés ? M. Auché a longuement insisté sur ce point, nous reproduisons ici à peu près textuellement le passage qu'il y a consacré. « Nous ne voyons pas autrement, dit-il, pourquoi les conditions étant absolument identiques, tantôt la lésion est nettement limitée aux bords de l'orifice fistuleux, tantôt elle les dépasse pour envahir la peau avoisinante.

L'explication en devient très simple, au contraire, si l'on admet que dans un cas, l'épithélioma a débuté sur les bords mêmes et au pourtour de l'orifice externe et que dans l'autre il a débuté plus profondément.

L'origine aux dépens de l'épiderme qui borde l'orifice de la fistule une fois admis, on comprend sans peine que la lésion puisse s'étendre en tous sens et envahir la fistule en même temps que les téguments externes. Nous sommes convaincu que plus d'une fois la lésion a dû suivre la marche que nous indiquons.

« Dans le second ordre de faits, l'origine de l'épithélioma est plus difficile à expliquer. Tous les auteurs sont unanimes à déclarer qu'il provient d'éléments épithéliaux, mais comment expliquer leur présence au milieu des fongosités qui tapissent les parois de la fistule ?

« Pour Nicoladoni, le cancroïde prendrait naissance aux dépens de lambeaux de peau qui se seraient déprimés et invaginés au fond des trajets fistuleux. Si nous remarquons que l'épithélioma ne se développe que sur des trajets fistuleux restés ouverts pendant longtemps, nous aurons quelque peine à comprendre cette invagination. Ne sait-on

pas en effet que des orifices fistuleux restés ouverts pendant longtemps sont presque toujours entourés par un bourrelet de bourgeons charnus exubérants, formant saillie au-dessus des téguments, et séparant très nettement ces derniers de la surface des trajets fistuleux. Comment admettre que dans ces conditions la peau ait put s'invaginer ? Dira-t-on que ce phénomène s'est produit au moment de l'ouverture du trajet ? Nous le voulons bien, mais de deux choses l'une ; ou le lambeau reste adhérent et nous retombons dans le cas précédent, c'est-à-dire que l'épithélioma prendra naissance sur le tégument qui borde la fistule ou bien comme le veut Nicoladoni, il se détache et alors il faut supposer qu'il reste plusieurs années, quelquefois jusqu'à dix, vingt, quarante ans sans donner lieu à la prolifération de ses éléments, car il n'est pas vraisemblable que dans les observations citées l'épithélioma ait pris naissance au moment de la formation de la fistule, c'est-à-dire dix, vingt, quarante ans avant le jour où il a été reconnu. Nous serions donc forcé d'admettre que pendant longtemps les lambeaux épidermiques sont restés silencieux dans le foyer pathologique et qu'un beau jour, sous une influence quelconque, ils sont devenus le siège d'un néoplasme. Cette manière de voir nous paraît peu probable, car ou bien les cellules épidermiques constamment baignées par le pus tomberont en dégénérescence, ou bien si elles doivent proliférer, elles entreront de suite en activité.

* Nous croyons que, dans la grande majorité des cas les choses ne se passent pas ainsi.

« Ne peut-on pas, comme le dit M. Poncet, comparer la surface des trajets fistuleux à la surface d'un ulcère ? Il

n'est pas rare de voir à la surface de ceux-ci, sans aucune intervention de la part du chirurgien une greffe spontanée se produire et des îlots épidermiques se former loin des bords de l'ulcère. Pourquoi les mêmes faits ne pourraient-ils pas se produire dans un trajet fistuleux ? Pourquoi des cellules épidermiques détachées des bords de l'orifice ne pourraient-elles pas aller former colonie dans les points les plus profonds et devenir à la suite de l'irritation le point de départ d'un épithélioma ? » On connaît l'influence exercée par le changement de milieu et l'irritation des tissus par leurs transformations pathologiques. Moreau¹, dans sa thèse sur les transformations épithéliales physiologiques et pathologiques arrive à cette conclusion. « Les transformations d'ordre pathologique reconnaissent le plus souvent pour cause le changement de milieu de l'élément de son irritation soit mécanique, soit chimique. » Nous ne voyons pas de raison pour ne pas admettre cette greffe épidermique comme origine de la tumeur épithéliale et nous croyons volontiers avec Auché, que le plus souvent il en est ainsi.

Nous admettons donc deux modes d'origine correspondant chacun à l'un de nos deux groupes d'épithélioma. Dans le premier mode l'origine se fait dans l'épiderme qui entoure l'orifice fistuleux ou dans un lambeau de peau invaginé mais non détaché. Dans ce cas la lésion se propage dans les téguments externes aussi bien qu'au trajet fistuleux et foyer osseux. Dans l'autre, le mode d'origine se fait par greffe épidermique. Ici la lésion restera pen-

¹ Moreau, *Des transformat. épithéliales physiologiques et pathologiques*, thèse Paris, 1889.

dant longtemps limitée au trajet fistuleux et le tissu d'inflammation chronique qui entoure ce dernier peut servir pendant quelque temps de barrière à la marche envahissante du néoplasme. Ces deux modes d'origine correspondent donc, à deux variétés cliniques distinctes tout au moins à leur période de début ; variétés que nous retrouverons dans l'étude de la symptomatologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions que l'on peut rencontrer à la suite de la dégénérescence épithéliomateuse qui nous occupe sont variables et dépendent surtout de l'ancienneté de l'affection. Dans la majorité des cas, on se trouve en présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, bourgeonnante, exubérante et saignant facilement. Pour être fréquentes les hémorragies sont pourtant rarement dangereuses. La masse cancroïdale s'étalant presque toujours librement au dehors arrive rarement à ulcérer les gros vaisseaux tels que les artères fémorales et humérales dont la perforation peut immédiatement mettre la vie en danger. Nous ne trouvons pas dans nos observations signalés d'accidents de ce genre. La tumeur dure, irrégulière, mal limitée contracte rapidement des adhérences intimes avec les tissus avoisinants qu'elle envahit de proche en proche.

Dans quelques cas, au lieu d'une tumeur papillomateuse et fortement exubérante, on trouve une ulcération étendue sur une surface plus ou moins large au pourtour de l'orifice fistuleux. Cette ulcération limitée par un bourre-

let induré porte dans son fond de petits tubercules violacés comme l'observation de Cornil et Ranvier semble en être un exemple. Sont-ce-là deux variétés distinctes au point de vue anatomique, correspondant aux deux variétés de cancroïdes si fréquents sur les lèvres ; forme exubérante et forme ulcéreuse ou bien seulement deux modalités de la même forme ?

Quoi qu'il en soit, le squelette est atteint aussi bien que les parties molles. L'os attaqué par le néoplasme est rongé, perforé, détruit à la façon du bois vermoulu. Il n'est donc pas rare de rencontrer de larges parties de substance osseuse semblables à celles que nous avons pu constater sur le tibia du malade de l'observation XXXVIII et dont nous reproduisons le dessin. L'os n'était plus représenté dans ce cas que par deux minces lames de tissu, et pour peu que le processus eût continué son œuvre, on aurait eu dans peu de temps une solution de continuité complète d'où fracture *spontanée*, nous avons ainsi la clef de cette complication si fréquemment observée.

L'hyperostose est rare et, quand on la rencontre, elle est le fait de la lésion inflammatoire ostéo-périostique ancienne et non de la dégénérescence épithéliomateuse qui est de sa nature essentiellement destructive. Du fait de l'ostéomyélite on peut rencontrer quelquefois de l'ostéite condensante et raréfiante à peu de distance l'une de l'autre. Les corpuscules osseux peuvent être plus ou moins altérés.

La moelle osseuse peut, dans les espaces médullaires, devenir en grande partie embryonnaire et les cellules graisseuses y être moins nombreuses qu'elles ne le sont dans la moelle saine. Les cartilages articulaires avois-

nants peuvent rester indemnes où être le siège d'une irritation de voisinage. Quelquefois ils sont complètement perforés, détachés du squelette et détruits par le néoplasme qui envahit alors librement la cavité articulaire.



A la coupe, on rencontre presque toujours dans l'intérieur de l'os malade un ou plusieurs séquestres « souvent noirs comme de l'ébène, dit M. Gangolphe, exhalant une odeur putrilagineuse repoussante ». Le séquestre subit la transformation épithéliomateuse aussi bien que les autres

parties osseuses, mais quelquefois il reste indemne comme M. Pollosson en a fait la remarque. Dans d'autres cas, comme dans celui que nous avons observé, on ne trouve pas de séquestre, mais on voit à la place de la moelle osseuse, un liquide noirâtre, purulent, d'apparence gélatineuse répandant la même odeur nauséabonde.

En dehors du foyer néoplasique, l'os peut être sain ou avoir subi sur une certaine étendue l'invasion carcinomateuse. Si la lésion siège sur un os long, on trouvera presque toujours une courbure plus ou moins prononcée, accompagnée d'un peu d'hyperostose, mais ces dernières lésions doivent être imputées à l'ancienne affection inflammatoire plutôt qu'à l'affection néoplasique récente.

Ces lésions locales s'accompagnent de lésions de voisinage ou de lésions à distance. Après un temps plus ou moins long, les ganglions lymphatiques de la région sont envahis et la généralisation aux viscères se fait comme dans l'observation IX et bien d'autres. Les muscles qui entourent le néoplasme peuvent comme le signalent Cornil et Ranvier subir la dégénérescence vitreuse.

Nous croyons inutile de donner ici la description histologique de l'épithélioma pour laquelle nous n'avons pas compétence. Nous n'avons du reste rien à ajouter, pour la variété particulière qui nous occupe, à tout ce qui a été dit; l'examen de la pièce pathologique, la seule que nous ayons eue, fait par M. le Dr Dor, chef du laboratoire anatomique de la clinique, a montré que l'on se trouvait en présence d'une tumeur type, d'épithélioma pavimenteux lobulé ainsi qu'il est de règle en ces circonstances. Nous renvoyons donc le lecteur aux traités classiques pour tous les détails concernant ce côté de la question.

CHAPITRE III

Symptômes, marche et diagnostic.

SYMPTÔMES

Les signes auxquels on reconnaîtra que la dégénérescence épithéliomateuse s'est effectuée sont différents selon qu'on examine le malade au début de l'affection ou plus tard quand cette dernière est nettement confirmée. Nous devons donc les envisager dans la période de début et la période d'état.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Selon que la tumeur se développe d'après l'un ou l'autre des deux modes que nous avons indiqués, les premiers symptômes par lesquels elle va traduire sa présence seront différents. Dans l'un et l'autre cas le début est insidieux, mais tandis que le néoplasme qui a pris naissance dans le fond du foyer osseux, peut rester longtemps inaperçu évoluant en quelque sorte en cachette, dérobant aux regards les ravages qu'il exerce

dans la profondeur des tissus, celui qui naît sur les parois du trajet ou les bords de l'orifice se montrera de bonne heure avec son cortège de signes souvent, malheureusement, que trop caractéristiques.

a) C'est sans réaction osseuse ou périostique nouvelle, que se réveille le travail néoplasique. Le malade qui, depuis très longtemps a sa fistule qu'il considère comme une légère infirmité dont il n'a pas à s'inquiéter autrement, s'aperçoit un beau jour qu'elle redevient douloureuse. Quelquefois pourtant, une irritation locale nouvelle semble servir de cause déterminante, témoin le sujet de l'observation XXIX, qui vit naître son néoplasme à la suite d'une irritation occasionnée par le port de bottes dont la tige venait frotter sur son ancien foyer pathologique. Une légère écorchure, une petite rhagade produites accidentellement, peuvent aussi être le point de départ. Quoi qu'il en soit, le patient, dont l'attention a été appelée sur sa fistule, remarque sur les bords de celle-ci, ou semblant sortir du fond du trajet lui-même, quelques petits bourgeons. « Ces bourgeons, dit M. Pollosson, sont plus pâles et plus fermes que les bourgeons inflammatoires, ils s'étalent en ulcération autour de l'orifice cutané, parfois ils ont une teinte grisâtre, un aspect gélatiniforme, mais la consistance en est dure. »

A partir de ce moment, le malade voit sa tumeur s'accroître d'une manière lente mais toujours progressive. Les pommades les plus diverses employées généralement à cette période de l'affection, ne peuvent enrayer sa marche, bien au contraire, le plus souvent elles paraissent l'exciter. L'ulcération, ainsi que le patient désigne cette masse bourgeonnante, continue à s'agrandir et bientôt

elle a transformé l'orifice de la fistule en une sorte d'entonnoir mesurant plusieurs centimètres de diamètre. Cette masse est constituée par une multitude de petites granulations en forme de boutons et toujours très vasculaires.

La sécrétion qui pendant de longues années était à peine perceptible devient plus abondante. Il s'écoule d'une manière constante et continue de cette nouvelle production morbide un liquide séro-purulent, mélangé de sang et de détritux épithéliaux, répandant une fétidité particulière. A mesure que la masse néoplasique grossit, l'écoulement ichoreux augmente aussi, continuant à répandre une odeur de plus en plus nauséabonde, au point que l'on est quelquefois obligé d'isoler les malades, tant l'odeur qu'ils exhalent est repoussante.

La douleur, très variable du reste, suivant les sujets et le siège qu'occupe le néoplasme, augmente dans des proportions sensiblement parallèles au progrès de la tumeur.

A partir de ce moment, la fonction du membre ou de l'organe sur lequel siège la nouvelle formation est gênée sinon entièrement compromise. La période d'état est constituée.

b) Tels que nous venons de les décrire, les caractères de la première phase de l'évolution néoplasique ne s'appliquent pas à tous les cas. Parfois la tumeur prend naissance tout à fait au fond du trajet fistuleux ou au sein même du tissu osseux dans lequel des cellules épidermoïdales peuvent se trouver englobées lors du bouleversement des tissus par le processus inflammatoire. Dans ces cas non seulement la tumeur est très difficile à dépister au début, mais même elle peut rester incluse dans les profondeurs de l'os pendant la plus grande partie de son évolu-

tion donnant ainsi lieu à une variété, qu'au point de vue clinique on pourrait appeler en *dedans* par opposition à la précédente qui s'étale largement au dehors. M. le professeur Poncet insistait dernièrement dans une de ces cliniques sur cette variété qui dérouté souvent la sagacité des cliniciens les plus exercés.

Nous reproduisons ici même, l'observation résumée de Pujo qui paraît nous fournir un des plus beaux types du genre, le néoplasma n'ayant été découvert qu'à la coupe de l'os.

Observation rapportée dans la thèse de Pujo.

*Ostéite de nécrose de la deuxième phalange du gros orteil.
Résection. Épithélioma primitif trouvé dans l'os enlevé.*

D. Louis, âgé de quinze ans, entré le 10 avril 1869, à l'hospice de l'Antiquaille, salle Saint-Louis de Gonzague, n° 7. L'habitus est scrofuleux, l'état général est très peu satisfaisant. Le malade est dans une anémie profonde.

Depuis un mois, gonflement du gros orteil gauche, douleur à la marche et à la pression, on sent de la fluctuation à la partie supérieure. On fait une incision et un pansement avec de la teinture d'iode. Plus tard, nouvel abcès. Il s'en forme ainsi sept, qu'on ouvre successivement. Après les abcès, persistance des fistules. L'exploration faite avec la sonde cannelée, montre l'os dénudé sur une large surface. Au mois de novembre, on fait l'ablation de la deuxième phalange. L'os est augmenté de volume, rugueux, et dénudé sur la face correspondant aux fistules, il existe une ouverture irrégulière par laquelle on pénètre au centre de l'os. Le bord correspondant de celui-ci forme un séquestre près de se détacher.

L'examen histologique de l'os enlevé a montré que les cartilages articulaires étaient indemnes de toute lésion, sauf peut-être à leur point de jonction avec l'os où ils sont le siège d'un peu d'irritation de voisinage. Dans les endroits où l'irritation a été vive, les cellules adipeuses ont complètement disparu, et la moelle est formée uniquement de cellules embryonnaires.

En pratiquant une coupe, on a trouvé au milieu d'un espace relativement considérable, rempli tout entier par de la moelle embryonnaire, un tissu formé par des cellules épithéliales, ayant toutes un beau noyau rond, ou légèrement ovalaire avec un ou deux nucléoles. Ces cellules ont un aspect dentelé très caractéristique ; elles sont disposées, soit par îlots, soit par trainées, dont les bords tranchent nettement sur la structure tout à fait embryonnaire du tissu médullaire.

On ne trouve pas de globes épidermiques proprement dits, mais les cellules épithéliales qui les composent ont une disposition générale concentrique ; quelques-unes sont larges, déjà aplaties et ont de la tendance à devenir épidermiques. La tumeur ne fait aucune saillie au dehors de l'os, et eût sans doute passé inaperçue, sans un examen minutieux. Des coupes ont été pratiquées sur toute son étendue, partout où il a été impossible de voir le tissu épithélial de la tumeur en connexion avec la peau. La tumeur était bien isolée au milieu de la moelle embryonnaire. C'est donc un épithélioma primitif des os.

Nous avons déjà dit ce que nous pensions de l'épithélioma primitif. Sans discuter ici plus longuement la valeur de ce cas, nous croyons que ce néoplasme a pris naissance dans des cellules épidermiques greffées sur le tissu osseux lors de l'ouverture successive des diverses fistules, phénomène compréhensible et probable puisque un stylet introduit dans la fistule arrivait directement sur la phalange que l'on sentait dénudée sur une assez vaste

étendue et que sur celle-ci ensuite on a trouvé une perforation conduisant jusqu'au centre de l'os.

Cette variété, ainsi que nous le montre cette observation, ne donne lieu à l'extérieur qu'à un très petit nombre de signes.

Le phénomène douleur est un des plus importants et doit dans ces cas être placé au premier rang. Le patient ressent généralement des douleurs vives dans les régions profondes; la fonction du membre diminue rapidement; peu à peu, si l'observation est attentive et suivie, on peut remarquer une légère augmentation dans le volume de l'os comme s'il s'agissait d'un abcès osseux siégeant sous le périoste.

La pression en ce point tuméfié de l'os est généralement très douloureuse, mais à l'exception d'un léger gonflement souvent inappréciable et de quelques veines dilatées, il n'y a pas de changement au dehors.

L'exploration faite avec une sonde cannelée permettra souvent de constater un os dénudé ou la présence de séquestres, mais ne donnera que peu de renseignements au sujet de la tumeur. Seul, un liquide sanieux, s'écoulant par la fistule et d'odeur caractéristique peut être pour un odorat exercé un signe de haute valeur.

L'état général peut, dans le cas de tumeur de ce genre, rester pendant longtemps très satisfaisant, car la maladie évoluant lentement sera pendant longtemps un mal purement local. Si le diagnostic n'est pas établi et que l'on n'intervienne pas, le néoplasme continuera son évolution jusqu'au jour où une fracture spontanée viendra indiquer sa présence. Comme l'affection siège le plus ordinairement sur les membres, l'amputation sera pra-

tiquée et l'examen de la pièce pathologique montrera alors la présence d'une nouvelle formation remplissant totalement le cloaque avec envahissement des séquestres. L'os est généralement épaissi en forme de périostose autour du foyer morbide, mais ces lésions sont loin d'être constantes et peuvent être des plus variées.

Pendant que le tissu osseux est détruit, rongé et aminci en dedans par la production néoplasique, la lame de tissu compact de la périphérie, si elle n'est pas perforée, peut être repoussée par la force expansive de la tumeur sans qu'il y ait pour cela réaction inflammatoire. L'os prend alors plus ou moins la forme d'un fuseau pour constituer cette variété très curieuse que Volkmann appelle *spina ventosa carcinomatosa*.

Cette forme de tumeur après avoir ainsi évolué sournoisement pendant un laps de temps variable, suivant sa malignité et suivant les sujets, arrivera fatalement après avoir détruit l'os et les tissus ambiants à se montrer à l'extérieur. Elle ne tardera pas à s'ulcérer et dès lors se conduira comme les tumeurs du groupe précédent que nous allons maintenant envisager dans leur période d'état.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Ce n'est généralement que d'après les commémoratifs que l'on peut reconstituer la phase que nous venons de décrire, l'affection étant en pleine période évolutive quand le malade vient réclamer le secours du chirurgien. L'examen pratiqué à ce moment montre presque toujours une tumeur, plus ou moins volumineuse faisant saillie au-dessus des téguments. Ceux ci, après avoir été distendus et amincis sont détruits par le néoplasme, qui s'ulcère en donnant lieu à des hémorragies

fréquentes, mais ordinairement peu sérieuses. La tumeur d'aspect papillomateuse, de couleur blanc grisâtre, de consistance assez ferme, mais inégale, d'une vascularité notable s'étale en chou-fleur. De cette masse il s'écoule un liquide sanieux, d'une horrible fétidité, ainsi que nous l'avons dit, mais fétidité différente de celle de la nécrose, particulière aux épithéliomas exposés à l'air, caractère important, comme nous le dirons bientôt pour le diagnostic.

En pressant sur la tumeur on fait sourdre en général de petits filaments analogues à des débris de vermicelle. Par le raclage on obtient, la plupart du temps, des espèces de grumeaux qu'on peut désagréger et au milieu desquels se trouvent les globes caractéristiques bien connus depuis que Lebert¹ les a décrits sous le nom de globes épidermiques.

L'exploration faite à l'aide d'une sonde cannelée ou d'un stylet introduit, quand la chose est possible, dans le trajet ou entre la masse néoplasique et les parois de la fistule montre que la tumeur a envahi le squelette, et que là peut-être se trouve son point de départ. On arrive en effet directement sur l'os que l'on sent plus ou moins creusé, ramolli et dans lequel le stylet s'enfonce facilement.

La douleur est très variable. Les malades ont presque tous une ou plusieurs périodes de souffrance très vive, après quoi les phénomènes paraissent sensiblement s'amender comme chez notre malade de l'observation qui, après de vives souffrances, entre à l'hôpital sans éprouver la moindre douleur. Dans d'autres cas au contraire la douleur persiste avec la même acuité pendant

¹ Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*.

toute la durée de l'affection et semble même augmenter d'intensité avec les progrès du néoplasme. « Il serait difficile, dit Quénu¹, de donner une description générale des troubles de la sensibilité provoqués par les épithéliomes. Il va sans dire qu'il faut, en outre de la localisation, compter surtout avec les propagations de l'épithélioma aux troncs nerveux. »

En même temps qu'elle s'accroît, la tumeur entre en connexion intime avec les tissus voisins. Jamais on ne trouve le tissu de nouvelle formation limité par une coque enveloppante, et autant de par son point d'implantation, que par ses adhérences contractées ultérieurement, la masse néoplasique n'est jamais mobile sur les plans sous-jacents. Le tissu d'inflammation chronique qui se trouve autour du trajet fistuleux peut pendant longtemps limiter la marche extensive de la tumeur, mais il sera envahi à son tour; dès lors la barrière qui limitait le mal étant forcée, la généralisation pourra s'accomplir à distance, en même temps que l'invasion s'effectue de proche en proche. Il est à noter qu'au delà des limites du néoplasme appréciables à l'œil nu, il existe toujours une zone d'envahissement dans laquelle les cellules épithéliales sont déjà infiltrées, point important, comme nous le verrons pour l'intervention thérapeutique.

A ce moment, quelquefois bien avant, on observe l'envahissement des ganglions, où se rendent les lymphatiques traversant la région occupée par le néoplasme. Cette marche progressive de l'affection se traduit pas l'apparition d'une petite glande sensible, très dure et d'abord isolable. M. Pol-

¹ Quénu, *Traité de chirurgie*, 1890.

losson dit : « Les ganglions prennent le volume d'un haricot, d'un petit œuf avec une consistance ferme sans périadénite, au moins au début. » Plus tard, ces ganglions se fusionnent, s'ulcèrent et amènent en peu de temps autant de gêne fonctionnelle et de douleurs que la tumeur primitive. Ils peuvent devenir aussi le siège de phénomènes inflammatoires avec production de pus. Il est donc d'une importance capitale pour le pronostic et le traitement d'examiner avec soin l'état des ganglions.

Nous remarquerons cependant que l'infection générale est rarement observée, ainsi qu'il est de règle dans l'épithéliotome pavimenteux. Dans nos observations nous ne trouvons que deux cas où la nécropsie ait montré la généralisation aux viscères, foie, rein, colonne vertébrale, etc.; il est vrai que peu d'examens de ce genre ont été pratiqués soit que les malades aient guéri, soit qu'ils aient été perdus de vue. C'est un fait de haute valeur au point de vue de l'intervention thérapeutique, car il permet d'espérer des résultats heureux sur des cas qui paraissent désespérés.

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que les cas où il y avait production de tumeur. Sans doute, c'est ainsi que se comporte l'affection dans la grande majorité des cas, mais il peut arriver cependant qu'au lieu d'une néoformation saillante, papillomateuse, le processus n'aboutisse qu'à une vaste ulcération avec un pourtour fortement induré comme les observations de Rupprecht et de Durand en sont des exemples (obs. XXVII et XXXIII). L'ulcère cancroïdal est généralement recouvert de croûtes fournies par le liquide de sécrétion desséché et mêlé à des débris épithéliaux. Les bords sont indurés, taillés à pic ou renversés; en les pressant on peut aussi en faire sourdre des fila-

ments blanchâtres analogues à des vers. Le fond de l'ulcération peut se creuser sans bourgeonner ou se recouvrir d'une série de petites végétations. L'odeur particulièrement nauséabonde que nous avons déjà indiquée ne fera pas non plus défaut.

Quelle que soit la forme que prenne le processus morbide il est une complication qui survient très souvent; douze fois sur trente-huit cas d'après nos observations; c'est la *fracture spontanée*. L'os détruit en grande partie par le néoplasme se brise au moindre choc. Il suffit que le malade fasse un mouvement un peu brusque dans son lit pour que la fracture se produise. D'autres fois, c'est au moment où le malade veut descendre de voiture ou monter un escalier, qu'arrive l'accident. La fonction du membre qui jusqu'alors avait été plus ou moins conservée est désormais perdue, car la fracture ne se consolide pas. Nous avons déjà dit que c'était là un bon signe pour le diagnostic de la variété que nous avons appelée *en dedans*.

Si la tumeur siège près d'une articulation, cette dernière pourra être envahie à son tour, et comme conséquence il en résultera une impotence fonctionnelle, complète, bien qu'il n'y ait pas fracture.

État général. — « Le cancroïde n'a pas d'influence sur l'état général ». Cette assertion de Lebert¹, vraie peut-être pour certains cancroïdes de la face, ne saurait être admise pour la variété qui nous occupe. Tant que la tumeur reste purement locale, surtout si elle est peu ou pas douloureuse, l'état général peut rester très satisfaisant; mais si le malade souffre, ce qui est la règle, s'il

¹ Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*.

passé des nuits sans sommeil, son état général sera vite altéré. L'altération sera d'autant plus prononcée que la tumeur aura une marche plus rapide. Ainsi le malade de l'observation XXXVIII bien que le début de l'affection qui l'amenait à l'hôpital ne remontât qu'à cinq mois, qu'il n'y eut pas de généralisation secondaire apparente, à l'exception de quelques petits ganglions inguinaux, avait à son entrée complètement perdu ses forces. Le visage était pâle et présentait cette teinte jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse.

Cet exemple seul montre combien il serait téméraire de compter sur l'immunité relative de la dégénérescence cancéreuse qui frappe le tissu osseux. Nous croyons au contraire que l'organisme est profondément touché et cela d'assez bonne heure. Nous avons donc là l'indication d'une intervention aussi prompte que possible, si l'on veut opérer dans de bonnes conditions. Il faudra donc, dès que le diagnostic est établi, intervenir rapidement, car le malade supportera d'autant moins bien le choc opératoire, que l'on aura attendu plus longtemps, sans compter que tout retard, en pareille circonstance peut permettre la généralisation aux viscères. Dès lors la partie est perdue, le dénouement fatal, quoiqu'on fasse, arrivera à brève échéance.

Nous ne dirons rien de la leucocytose, de l'hypoazoturie, de l'hypophosphaturie signalées par Rommelaere¹ dans certains cas de carcinomes. Ce sont des signes trop incertains, trop difficiles à décélérer et surtout si peu pathognomoniques que même en cas de diagnostic incertain on ne peut pas, croyons-nous, leur accorder beaucoup de valeur.

¹ Rommelaere, *Journal de médecine de Bruxelles*, 1883-84.

M. Alexandre¹ dans un travail récent arrive à conclure que les épithéliomas ne présentent jamais de leucémie à moins qu'ils ne soient suppurés.

DIAGNOSTIC

Quand l'affection se présente sous forme de tumeur exubérante, volumineuse, en chou-fleur, laissant suinter ce liquide d'odeur particulière et caractéristique, quand le malade présente cette teinte jaune bien connue le diagnostic est facile ; et M. le professeur Poncet nous disait dans une de ses leçons qu'il suffisait d'en avoir observé un cas pour que désormais en présence d'une pareille lésion l'hésitation même ne fût plus possible. Si dans ces circonstances le diagnostic semble s'imposer de lui-même il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Nous avons déjà vu en décrivant les symptômes combien il est souvent difficile de dépister le néoplasme quand il siège dans la profondeur de l'os ; en se basant sur les symptômes précédemment indiqués on pourra soupçonner sa présence, mais on aura rarement une certitude absolue. Dans d'autres cas le diagnostic se pose entre l'ulcération simple, la chéloïde cicatricielle, les différentes variétés de syphilides, mais devient surtout embarrassant pour certaines formes de tuberculose.

Une *ulcération simple* produite sur les bords de la fistule ne demandera généralement que peu de temps pour se réparer. Si elle est volumineuse produite par un traumatisme ou une force extérieure brutale, le malade donnera sur son origine des renseignements assez précis pour

¹ Alexandre, thèse, Paris, 1893.

écarter le doute. La surface de l'ulcération sera plus unie, moins fongueuse, dépourvue de toute induration et de saillie des bords. On ne pourra exprimer aucun de ces bourbillons ressemblant à des comédons par la pression. Sa suppuration pourra être même plus abondante que celle du cancroïde, mais elle n'aura pas cette odeur particulière et le microscope n'y fera pas rencontrer de cellules épithéliales.

La *chéloïde cicatricielle* que l'on pourrait rencontrer dans les cas où les fistules se cicatrisent et se rouvrent alternativement n'offre jamais la marche envahissante de l'épithélioma.

Elle s'ulcère du reste rarement et la cicatrice sur laquelle elle apparaît présente une forme rameuse due à ses prolongements, qui diffèrent beaucoup des adhérences que la tumeur maligne contracte avec les tissus voisins. L'examen histologique montre qu'elle est formée de tissu fibreux d'un développement plus ou moins complet.

Des *syphilides ulcéreuses* peuvent accidentellement se montrer sur l'orifice fistuleux, mais elles gagnent en profondeur, dans la forme perforante ; elles sont circulaires, leurs bords sont taillés à l'emporte-pièce.

Les *syphilides serpigneuses* offrent des ulcérations qui s'étendent en surface et se distinguent par la mobilité ; la lésion se cicatrisant en un point pour apparaître aussitôt dans un autre. Leur couleur seule du reste suffit pour faire repousser l'idée d'un cancroïde.

Les *ulcérations syphilitiques tertiaires* débutent par de petites nodosités sous-cutanées, isolées, multiples le plus souvent, qui seramollissent et s'ulcèrent. Leur forme est arrondie, les bords minces et décollés, nettement dé-

coupés. Aux signes objectifs s'ajoutent, pour assurer le diagnostic, leur évolution rapide, leur pluralité, l'existence d'accidents siphylitiques antérieurs et enfin l'action curative du traitement spécifique que l'on pourra toujours instituer en cas de doute.

La difficulté devient plus grande quand il s'agit de certaines *lésions tuberculeuses*, soit de la peau, soit du système osseux, formes à développement éléphantiasique. Il existe dans l'ouvrage de Leloir ¹ des dessins et M. le professeur Poncet nous a montré des planches qui simulent à s'y méprendre l'aspect des tumeurs d'ordre néoplasique que nous venons de décrire.

Le docteur Adenot ² a précisément, l'année dernière, attiré l'attention sur ces variétés de tuberculoses d'aspect cutané, mais dont le point d'origine osseux est souvent méconnu. De ce fait même que la tuberculose n'envahit que secondairement les téguments et les parties molles il en résulte qu'il existe entre ce genre de lésion et la dégénérescence cancéroïdale à point de départ osseux plus d'une analogie. La description qu'en donne Adenot montre combien ces deux lésions peuvent avoir de ressemblance. « Les ulcérations tuberculeuses d'origine osseuse présentent en général une surface bourgeonnante, papillomateuse, molle, plus ou moins élastique, mais saignant facilement. La surface de l'ulcère est rouge tantôt légèrement brillante, comme recouverte d'un vernis très mince, tantôt plus grisâtre, mamelonnée, avec de fines traînées de pus

¹ Leloir, *Traité pratique et théorique de la scrofulo-tuberculose de la peau*, 1892.

² Adenot, De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses (*Revue de chirurgie*, 1893).

dans les interstices des bourgeons exubérants d'aspect fongueux. La lésion forme en somme un large placard rappelant assez fidèlement certains épithéliomes de la peau, ou certaines ulcérations sarcomateuses et nous verrons en effet que, si l'origine osseuse de ces ulcères peut être méconnue complètement, leur nature tuberculeuse peut de son côté rester ignorée et leur aspect extérieur macroscopique laisser supposer dans quelques cas qu'on se trouve en présence d'une tumeur maligne de la peau. Les ulcérations appartiennent alors plus particulièrement à la classe des lupus végétants, framboisiformes de certains dermatologistes ».

Cette description répond, on le voit, à peu de chose près, à celle que nous avons donnée de la tumeur cancroïdale. Sur quoi se baser dans ces conditions pour établir le diagnostic ? Peut-on espérer quelque renseignement de l'exploration du trajet ? Nous ne le croyons pas, d'autant plus qu'en ce moment il sera souvent très difficile à pratiquer, la lumière de la fistule étant oblitérée par les productions nouvelles qui, dans un cas comme dans l'autre, peuvent prendre leur origine sur un point osseux. L'examen microscopique nous renseignera-t-il davantage ? Nous ne pensons pas qu'il permette de trancher sûrement la question dans tous les cas. Sans doute, la présence de globes épidermiques nettement constatée peut avoir une grande valeur en faveur de la tumeur maligne, mais il ne faut pas oublier qu'il existe souvent à l'entrée des fistules des bourgeons fongueux qui peuvent parfaitement induire en erreur un examinateur qui n'a pas une grande habitude des appareils. M. Vallas ¹ dit à ce sujet : « Notre ami, le

¹ Vallas, *loc. cit.*

D^r A. Pollosson, a plusieurs fois constaté dans des fongosités, enlevées à l'entrée des fistules cutanées, consécutives à des tumeurs blanches, des bourgeonnements de l'ectoderme malpighien cloisonnant la masse embryonnaire de la fongosité. Des faits de cette nature ont été rapportés dans la thèse d'agrégation du D^r Chandelux. »

L'épithélioma, dit-on, se distingue de ces formes tuberculeuses lupoides par une dureté chondroïde spéciale, par une couleur blanc grisâtre, par les petites perles épithéliales qui se trouvent à son niveau, par l'aspect de ses bords, par les douleurs spontanées qui l'accompagnent le plus souvent et par son début à un âge plus avancé. Mais ne sait-on pas que la consistance de la tumeur cancroïde est très variable et qu'en certains points elle offre une mollesse remarquable, que les nodules qui recouvrent les placards tuberculeux ont une consistance rénitente élastique. La couleur brun violacée de la tuberculose lupoides peut varier depuis le rouge, jusqu'à un jaune verdâtre d'aspect demi-transparent.

L'âge ne sera pas non plus une raison suffisante pour affirmer la tuberculose ou le cancroïde, car on sait que ce dernier se rencontre quelquefois chez les jeunes sujets.

Le siège de la lésion aura peut-être plus de valeur, car ces formes de tuberculose osseuse avec efflorescence cutanée s'observe surtout aux mains et aux pieds, tandis que la lésion que nous étudions est rare dans ces régions.

Un signe plus important peut-être que tous les précédents pour un praticien exercé est celui qui est fourni par l'odeur repoussante et caractéristique de la tumeur épithéliale. Il y a longtemps, en effet, que M. Ollier a fait

remarquer que, dans ces cas embarrassants, c'est avec l'odorat que l'on peut le plus facilement établir le diagnostic.

Nous sommes obligé de reconnaître que ce sont là des signes différentiels bien souvent incertains et, si l'on ajoute que, dans un cas comme dans l'autre, les ganglions sont envahis, que généralement le malade souffre, maigrit et se cachectise, on pourra se convaincre de la difficulté qu'il y a, en certains cas, à poser sûrement un diagnostic de dégénérescence cancéreuse, si la marche hâtive de l'affection ne vient pas rapidement éclairer le chirurgien.

CHAPITRE IV

Observations

Observations publiées dans le mémoire de Nicoladoni.

OBSERVATION I (du D^r von Dittrich, 1847).

Homme de trente-huit ans, porteur depuis plus de vingt ans d'une nécrose du tibia. L'os est détruit en grande partie. La jambe présente une vaste ulcération mesurant 15 centimètres de large avec plusieurs fistules au fond desquelles on sent un vaste séquestre. Toute cette vaste plaie est remplie par un tissu de nouvelle formation. Fracture spontanée.

OBSERVATION II (*ibid.*).

Homme de quarante-huit ans. A l'âge de quatorze ans, affection aiguë de la jambe droite.

En 1847, amputation de la cuisse.

Deux ans auparavant, le tibia avait donné issue à des séquestres. L'un de ceux-ci présentait des proliférations en forme de papilles de couleur rouge pâle et serrées les unes contre les autres. Le tibia est hyperostosé en certains points, perforé en d'autres. Le

tissu de nouvelle formation remplit toutes les cavités. Il y avait eu fracture spontanée. Guérison.

OBSERVATION III (*ibid.*).

Un manouvrier âgé de quarante ans, s'est blessé à l'âge de dix-huit ans avec une faux à la jambe gauche. A l'âge de vingt-quatre ans il se développa, au siège de son ancienne blessure, une tumeur d'origine épithéliomateuse comme le démontra l'examen. L'os atteint d'ostéite condensante en certains points était perforé en d'autres. Le néoplasme avait détruit l'os dans les parties profondes. Les cavités ainsi produites étaient remplies par le tissu de nouvelle formation. Amputation. Guérison.

OBSERVATION IV (Nicoladoni, *Arch. Lang.*, 1881).

Un homme de cinquante-trois ans entre à l'hôpital le 18 avril 1874. A l'âge de dix ans chute de 13 pieds de haut. A la suite de cette chute violente douleur avec gonflement et chaleur intense de la jambe gauche. Plus tard ouverture et écoulement de pus. L'année suivante on enlève plusieurs esquilles osseuses. De quinze à trente-trois ans pas de phénomènes, le malade peut facilement vaquer à ses occupations de vigneron. A trente-trois ans, nouvelle poussée inflammatoire et nouvelles fistules. Depuis cette époque, persistance des fistules au tiers inférieur de la jambe.

Il y a un an et demi fracture de la jambe à ce niveau en descendant de voiture. Cette fracture ne put se consolider et depuis cette époque le malade est au lit. Depuis il s'est développé aux dépens de la grande fistule située à la partie antérieure de la jambe une production néoplasique.

Le trajet fistuleux est borné par une zone de tissu granuleux, d'une coloration rouge vif et irrégulièrement festonné. Ce bourrelet représente la limite de la production épithéliale. Celle-ci ne s'étend pas au dehors, mais dans le fond de la fistule on constate qu'elle pénètre jusqu'à l'os et qu'elle adhère intimement avec lui.

Cette production remplit complètement la fistule et le foyer de

nécrose ; elle est de structure papillomateuse et présente l'aspect d'un chou-fleur. La couleur est rouge-grisâtre.

Entre cette formation et les parois de la fistule il s'écoule en abondance un pus fétide.

Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

23 avril. — Amputation à la partie supérieure de la cuisse. Forte hémorragie pendant la nuit provenant de la veine fémorale dont on pratique la ligature.

24 et 25 avril. — Fièvre avec frissons.

26 avril. — Mort par septicémie à 2 h. 1/2 du matin.

La pièce pathologique examinée par H. Kundrat, professeur à Gratz, montra qu'on se trouvait en présence d'un épithélioma à structure papillaire qui s'était développé dans un séquestre et qui par sa croissance avait amené la destruction réelle de l'os.

OBSERVATION V (provenant de la clinique du professeur Billroth).

Homme de trente-six ans, malade depuis l'âge de treize ans, des suites d'un accident. Rougeur et gonflement du bras et de la cuisse après cet accident. Plus tard, formation de pus qui se fait jour au dehors. Le bras guérit après l'extraction de plusieurs séquestres ; à la cuisse, il se forma une fistule sur le côté interne qui persista depuis. Le malade s'en soucie peu jusqu'en 1879, époque à laquelle les parois de la fistule se mirent à proliférer. Depuis ce moment le malade est obligé de garder le lit.

Les ganglions inguinaux paraissent indemnes.

Amputation de la cuisse en 1880.

L'examen de la pièce montre un épithéliome pavimenteux.

OBSERVATION VI (fournie par le Dr Hanns Chiari).

Pas de renseignements sur les antécédents du malade. Voici l'état de la pièce anatomique : Sur un tibia d'adulte, on remarque au-dessous de la surface articulaire, directement sous la tubérosité antérieure du tibia, un trou creusé profondément et parallèlement à l'axe du tibia. Cette cavité qui mesure 6 centimètres de

longueur sur 3 de profondeur est entourée par un tissu très vasculaire. Toute l'extrémité supérieure du tibia paraît poreuse, tandis que le tissu compact de la diaphyse et jusqu'à l'extrémité inférieure paraît plus dense qu'à l'ordinaire.

La cavité est entièrement remplie par une formation secondaire ayant un aspect grossièrement granuleux. La tumeur paraît s'être développée sur un séquestre profondément situé.

L'examen microscopique montre un épithéliome pavimenteux.

**Observations publiées dans le mémoire de Wolkmann
se rapportant à la variété de cancroïde que nous étudions.**

OBSERVATION VII

(Bartem, *Das Épith. am Unterschenkel. — Dissert.*
Gothingen, 1870).

Homme de quarante ans. A l'âge de seize ans inflammation et suppuration des os de la jambe. Guérison à l'âge de vingt-six ans, mais persistance d'une petite fistule. A l'âge de quarante ans une ulcération se développe sur cette fistule, ulcération bientôt reconnue cancéreuse. Au bout de deux ans, cachexie prononcée, les ganglions inguinaux sont largement pris. Fracture spontanée. Amputation de la jambe.

Après l'opération les ganglions inguinaux se résorbèrent. Au bout de six mois le malade allait bien.

OBSERVATION VIII (*ibid.*)

Homme de quarante ans. A l'âge de dix ans, affection du tibia qui amène la suppuration. Cicatrices plusieurs fois fermées et réouvertes. Au bout de vingt-quatre ans ulcération. Depuis un an prolifération. Accroissement d'abord lent, puis rapide, de la tumeur.
— Carcinome.

Fracture spontanée.

Amputation de la cuisse.

Renvoyé guéri au bout de quatre mois.

OBSERVATION IX (*ibid.*)

Homme de trente-quatre ans. Carie du tibia depuis son enfance. Suppuration persistante jusqu'à trente et un ans. Cicatrisation. Deux ans plus tard nouvelle ouverture. Le trajet fistuleux se met à proliférer. Au bout de six mois tumeur volumineuse. Tuméfaction des ganglions inguinaux. Cachexie. Douleurs lombaires et symptômes d'exsudat pleural.

Amputation de la cuisse.

Un an après récurrence.

Mort dans le marasme.

Autopsie. — Production épithéliomateuse de la jambe et de la région inguinale. Généralisation. Carcinomes multiples dans les plaies costales. Deux gros noyaux dans le foie. Envahissement des ganglions mésentériques.

OBSERVATION X (Halle, *Klinik*, 1883.)

Homme de quarante-cinq ans. Depuis sa jeunesse nécrose du tibia avec fistule permanente. Récemment développement d'une tumeur épithéliomateuse.

Amputation de la cuisse. Le tibia est détruit en partie.

Un mois après récurrence dans les ganglions inguinaux.

Extirpation.

Guérison.

OBSERVATION XI (Esmarck, *Archiv. Langenbeck*, XXII.)

Femme de cinquante ans, portant depuis de longues années une cicatrice avec des fistules osseuses à la jambe. Depuis un an végétation cancéreuse, formant actuellement une grosse tumeur saignante.

Amputation. Mort par pyohémie.

OBSERVATION XII (*Chir. Triennium.*)

Homme de soixante-trois ans. A été atteint dans sa jeunesse d'une affection aiguë des os de la jambe. A cinquante-cinq ans traumatisme amenant à sa suite une ulcération. Depuis un an prolifération de cette ulcération qui ne s'est plus cicatrisée. La tumeur a complètement envahi le tibia.

Amputation de la cuisse.

Pas de récurrence. Onze ans après, le malade est encore bien portant.

OBSERVATION XIII (*ibid.*)

Homme de soixante-six ans. Ostéite du fémur dans l'enfance. Suppuration longue, puis cicatrice complète pendant quarante ans. A ce moment réouverture. Fistule dès lors permanente.

Prolifération et développement d'un cancroïde. Amputation de la cuisse.

Deux ans et demi après l'opération le malade est bien portant.

OBSERVATION XIV (V. Fischer, *Göttingen Klinik*, 1867).

Femme de quarante-trois ans. L'étiologie n'est pas bien sûre.

La malade a eu dans sa jeunesse un abcès de la jambe. Plus tard inflammations et tuméfactions dans d'autres régions du corps qui ont parfaitement guéri. Depuis quatre ans nouvelle poussée à la jambe avec ulcération qui a maintenant dégénéré en cancroïde. Fracture de la jambe.

Amputation de la jambe.

Deux mois après, récurrence locale. Amputation de la cuisse. Après cette nouvelle opération, rapide amélioration.

OBSERVATION XV (V. Riedel, *Göttingen Klinik*, 1876).

Homme de soixante ans. Elimination de séquestres et fistules de la cuisse remontant à de longues années. Depuis un an, production,

d'un néoplasme autour de la fistule qui est bientôt complètement remplie.

Amputation de la cuisse.

Le séquestre est envahi par le carcinome et le condyle externe du fémur complètement évidé. Pas de récurrence. Deux ans et demi après l'opération, le malade est encore bien portant.

OBSERVATION XVI (Fischer, *D. Zeitschrift f. Chir.* XIX).

Un homme de cinquante-quatre ans a eu à l'âge de dix ans une suppuration du tibia. Les fistules ne se sont jamais fermées. Depuis peu de temps, dégénérescence du trajet et production d'une tumeur épithéliomateuse.

Amputation de la cuisse.

Pas de récurrence. Bien portant depuis quatre ans.

OBSERVATION XVII (Thiersch, *Epithelial Krebs*).

Homme de quarante-neuf ans. Nécrose du tibia remontant à de longues années. Depuis un an, développement d'une formation épithéliomateuse.

Amputation de la cuisse.

Cinq ans sans récurrence.

OBSERVATION XVIII (*Ibid.*).

Homme de soixante-douze ans. Depuis de longues années suppuration du calcanéum. Production d'une tumeur carcinomateuse sur le foyer de nécrose. Le début remonte à un an.

Amputation de la jambe.

Quatre ans sans récurrence.

OBSERVATION XIX (Thiersch, *ibid.*).

Homme de quarante et un ans. Depuis quatre ans jusqu'à quarante-huit, suppuration du tibia avec élimination de séquestres.

Depuis quatre ans il s'est développé sur les fistules qui ne se sont jamais fermées une volumineuse tumeur carcinomateuse.

Amputation de la jambe.

Mort par pyohémie.

OBSERVATION XX (Bergmann).

Femme de soixante ans. Dans sa jeunesse, suppuration du tibia. Les fistules ont toujours persisté. Depuis quelque temps, prolifération des trajets et production d'une tumeur carcinomateuse qui a complètement envahi le tibia.

OBSERVATION XXI (Nicoladoni).

Femme de cinquante-six ans. A l'âge de quinze ans, affection aiguë du fémur avec élimination de séquestres. Les fistules ne se sont jamais fermées. De cinquante-deux à cinquante-cinq ans, nouveaux séquestres. A ce moment, développement sur les trajets d'une néoformation épithéliale remplissant bientôt tout le foyer, ayant également envahi les séquestres.

Amputation de la cuisse.

OBSERVATION XXII (Nithack, *Narben carcinom*, Dissert. 1887).

Homme de trente-sept ans. A l'âge de dix-huit ans, inflammation des os de la jambe. Production de fistules plusieurs fois, cicatrisées, mais toujours réouvertes. Depuis six mois, formation d'une tumeur épithéliale. Il y a peu de temps, fracture spontanée.

Amputation de la jambe.

OBSERVATION XXIII (Cusser, ref. Virch., Hirsch, 1875).

Homme de cinquante-deux ans. A douze ans, inflammation de l'articulation du genou avec ankylose et production de fistules qui n'ont jamais guéri. Il y a deux ans, ces fistules au nombre de deux

se sont agrandies et réunies au point de n'en former qu'une seule. Une tumeur maligne s'est développée sur cette large fistule après ulcération.

OBSERVATION XXIV (Socin, *Bericht*).

Un homme de soixante-seize ans était porteur depuis l'âge de dix ans d'une fistule osseuse du tibia, fistule restée toujours ouverte. Depuis deux ans il s'est développé une tumeur, qui s'est rapidement accrue depuis quatre mois. Carcinome. Désarticulation du genou.

OBSERVATION XXV (du D^r Rupprecht).

Un homme actuellement âgé de quarante-sept ans, a eu à l'âge de quatorze ans une ostéomyélite de la partie supérieure du bras. A la suite, persistance de vieilles fistules. Depuis six mois elles ont commencé à proliférer ; les proliférations se sont rapidement multipliées. Fracture spontanée de la partie supérieure du bras. Les ganglions axillaires et sus-claviculaires sont infiltrés.

Désarticulation du bras.

Rapide récurrence très étendue et inopérable.

Mort par suicide dans un marasme extrême, quatre mois après l'opération.

OBSERVATION XXVI (*Ibid.*).

Raclage. — Récurrence. — Amputation.

H. W..., âgé de soixante-trois ans. Il y a trente ans il a souffert d'une ostéomyélite de la jambe gauche : ouverture de fistules, écoulement abondant de pus, issue de séquestres. Fermeture et réouverture alternatives des fistules. Il y a quatre mois, dans une de ces fistules, prolifération mamelonnée s'élevant au-dessus de la peau est bientôt ulcérée.

Actuellement, douleurs vives. Vaste ulcère sur la jambe gauche

mesurant 4 centimètres de rayon, et présentant tout autour une marge indurée. Dans le fond de l'ulcère, existent deux nodules carcinomateux. Forte tuméfaction des ganglions inguinaux du côté gauche.

On pratique l'ablation de la tumeur, on trouve un néoplasme de la grosseur d'une pomme, ayant déjà envahi le tibia. Extirpation et raclage de l'os avoisinant.

Au bout de quelques semaines, récidive. Amputation de la cuisse.

Quatre semaines plus tard, curettage des ganglions inguinaux. Guérison par première intention.

Au bout de deux ans, cet homme était en parfait état de santé et sans récidive.

OBSERVATION XXVII (*Ibid.*).

A. B., vingt-cinq ans. Il y a trente-deux ans, affection aiguë de la jambe gauche, avec fièvre et frissons, quelque temps plus tard, issue de pus et de séquestres. Jamais d'intervention, persistance des fistules. Il y a quelque temps, il s'établit à l'une de ces fistules un ulcère qui alla toujours grandissant. Il y a trois semaines, fracture spontanée au niveau de l'ulcère.

Actuellement, vaste ulcère ovale, long de 16 à 18 centimètres, et large de 10 à 12. Tout le pourtour de cet ulcère est fortement induré. Envahissement des ganglions poplités, les inguinaux sont intacts.

Amputation de la cuisse.

Le carcinome avait complètement rongé le tibia.

OBSERVATION XXVIII (*Clinique de Hallenser*).

E. F., a seize ans, ostéomyélite infectieuse aiguë du tibia gauche. A la suite, fistules et issue de séquestres. Plusieurs fois, réouverture de fistules, mais toujours la guérison fut facile. Trente-cinq ans après le début de la maladie, l'une des cicatrices commença à s'indurer. Plusieurs traitements furent dirigés inutilement

contre cette ulcération. En six mois, il se forma une tumeur qui, à la réception du malade avait 16 centimètres de long, 6 de large, et 3 de haut. Elle occupait le milieu de la crête du tibia, sous forme d'excroissance vasculaire et ulcéreuse. Par la pression, on faisait sourdre à la surface des petits amas de substance blanchâtre, ressemblant à des comédons fournis par des détritux épithéliaux. Le pied était œdématié.

La tumeur est douloureuse à la pression. Pas d'envahissement ganglionnaire.

En avril 1880, amputation de la cuisse.

L'examen microscopique montre un épithéliome pavimenteux.

Guérison par première intention.

Le patient, jusqu'en mars 1888, est resté indemne de toute récurrence et complètement guéri.

OBSERVATION XXIX. (V. Bruns, *Hand. der prakt. Chir.* 1850).

Un homme de quarante-trois ans a eu, il y a de longues années, un phlegmon à la partie inférieure de la jambe gauche. Ouverture d'une fistule, puis cicatrice. Plus tard, nouvelle inflammation avec fistules et élimination de séquestres. Il y a quelque temps, à la suite d'une irritation produite par le port de bottes, le malade vit se développer sur sa jambe gauche une nodosité qui grossit bientôt, devint comme un œuf de poule et s'ulcéra. Tuméfaction des ganglions inguinaux.

Amputation de la jambe.

Après l'opération, les ganglions inguinaux se sont ouverts.

Trois mois après, mort par cachexie.

Autopsie. — Généralisation. On trouva au foie un noyau cancéreux, deux noyaux dans le rein droit, un petit noyau dans une côte, un noyau dans le sternum et plusieurs noyaux dans la colonne vertébrale. On trouve également un noyau dans le tibia droit.

OBSERVATION XXX

(Cornil et Ranvier, *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1866)

Nécrose de l'humérus. — Cancroïde développé dans les fistules et dans l'os. — Fracture spontanée. — Dégénérescence vitreuse des muscles. — Désarticulation de l'épaule. — Guérison.

Le nommé X..., cinquante-sept ans, charpentier entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Richet.

Il y a trente ans à la suite d'un traumatisme violent, inflammation aiguë du bras gauche avec fièvre intense. Il fut à cette époque soigné à Lyon dans le service de Bonnet. L'inflammation se termina par un abcès qui s'ouvrit donnant lieu à des fistules qui ont persisté depuis.

Le coude devint le siège d'une ankylose angulaire complète. Malgré cet état il put continuer sa rude profession. Il entre actuellement à l'hôpital pour une fracture spontanée de l'humérus gauche, au niveau du tiers inférieur. Pas de détails précis sur les phénomènes qui ont précédé cet accident.

L'avant-bras est intact, mais le bras est augmenté de volume. On y observe plusieurs fistules qui s'ouvrent à la surface de la peau, les unes au niveau du tiers inférieur, les autres à la partie supérieure et externe. Il y avait en outre à la partie supérieure du bras plusieurs cicatrices saillantes et gaufrées.

Un stylet introduit par l'orifice des fistules arrive facilement jusqu'à la partie centrale de l'humérus, où il est aisé de constater la présence d'un séquestre mobile et d'une longueur considérable. Les orifices de ces fistules sont occupés par des tubercules violacés et saillants.

Nous enlevâmes au bistouri des portions des petites tumeurs cicatricielles du voisinage de l'épaule et des bords calleux des fistules. Il était important de savoir si les petites tumeurs qui devaient être comprises dans le lambeau étaient de mauvaise nature.

Nous constatâmes ainsi par l'examen microscopique la présence d'épithélium pavimenteux et de globes épidermiques dans les tissus indurés avoisinant les fistules et leur absence dans les cicatrices de l'épaule. Certains bourgeons qui faisaient saillie à l'orifice des fistules examinés également étaient constitués uniquement par un tissu épithélial et des vaisseaux.

Au niveau des cicatrices, il y avait seulement des noyaux et des cellules embryoplastiques en grande abondance.

La désarticulation de l'épaule fut pratiquée le 1^{er} septembre 1865. L'opération fut suivie d'un plein succès.

Le malade sortit pour aller en convalescence à l'asile de Vincennes, il est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION XXXI

(Vallas, *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1888.)

Epithéliome développé sur une vieille cicatrice d'ostéite ancienne du calcaneum droit.

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, entré à l'Hôtel-Dieu service de M. Poncet, en juin 1885.

Cet homme porte sur la face externe du pied droit, au-dessous de la malléole péronière une ulcération de mauvaise nature, très nettement cancéroïdale, dont le début remonte à dix mois.

L'ulcère mesure les dimensions d'une pièce de 5 francs. Il exhale l'odeur caractéristique des néoplasmes épithéliaux. Tuméfaction notable au talon, hyperostose de calcaneum. Avec un stylet on pénètre profondément dans le tissu osseux. Ganglions dans le creux poplité et au pli de l'aîne.

Le malade dit que son affection est survenue sans cause appréciable sous la forme, au début, d'un petit bouton qu'il a gratté et sur lequel il a appliqué, suivant l'habitude, les pommades les plus diverses, sans résultat.

A l'âge de onze ans, il a été atteint d'un abcès sous-poéristique aigu du calcaneum droit, il se forma alors un abcès qui s'ouvrit

à la face externe du talon. Pas d'élimination de séquestres. Au trajet fistuleux succéda une cicatrice déprimée en cul de poule qui pendant quarante-quatre ans ne fut le siège d'aucune douleur, d'aucun accident inflammatoire.

Deux mois après son entrée, le malade quittait l'Hôtel-Dieu. Les ganglions avaient augmenté de volume. L'état local sous l'influence du repos, de pansements propres était resté à peu près stationnaire. Aucune intervention n'était indiquée.

OBSERVATION XXXII (*Ibid.*).

Ostéite ancienne du calcanéum. — Dégénérescence cancéroïdale du trajet fistuleux.

Marie G..., cinquante ans, entre le 20 octobre 1881 à la clinique de M. le professeur Ollier.

Pas d'antécédents héréditaires. A seize ans, à la suite d'un faux pas, abcès qui s'ouvrit au-dessous de la malléole interne du pied droit. La fistule dura longtemps, plusieurs années après elle se forma, puis nouveaux abcès, nouvelles fistules, jamais d'élimination spontanée de séquestres.

Au mois d'octobre 1880, choc violent sur la partie externe du pied. Au mois de juillet suivant, extraction d'un séquestre triangulaire spongieux, répandant une odeur de carie très marquée. Ensuite tuméfaction qui oblige la malade à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, notable tuméfaction du talon droit. Sur la face interne, ouverture fistuleuse correspondant à la petite apophyse du calcanéum. Sur la face externe, large orifice fistuleux, de la dimension d'une pièce de 2 francs, à bords déchiquetés, papillaires, durs et d'aspect rougeâtre. Le stylet ne rencontre pas de surface osseuse dénudée, partout un tissu de granulation coriace. L'os se laisse facilement attaquer et traverser par le stylet. Suppuration modérée, mais odeur nauséabonde.

Dans l'aîne, un ou deux ganglions indurés mais non douloureux. 13 décembre 1881. — La malade sort.

1^{er} avril 1882. — La malade rentre de nouveau à la clinique, Les lésions se sont accentuées.

5 avril. — Amputation de la jambe droite au lieu d'élection.

15 mai. — Cicatrisation complète.

OBSERVATION XXXIII (Durand, thèse, Paris, 1888).

Epithélioma développé sur une cicatrice vicieuse d'ostéomyélite. — Fracture spontanée. — Abstention. Mort.

Le nommé Q. M..., cordonnier, âgé de soixante-dix ans, entre le 10 février 1879 à l'Hôtel-Dieu.

A l'âge de neuf à douze ans il avait eu des abcès à la partie inférieure de la jambe gauche. A la suite, fistule dont le trajet avait presque continuellement persisté, tantôt s'oblitérant, tantôt se rouvrant.

Dès le début l'os s'était tuméfié et était resté augmenté de volume. A cinquante-cinq ans, nouveaux abcès et trajets fistuleux dans la même région avec cicatrisation incomplète. Au mois de novembre dernier, la cicatrice à peine complète devint douloureuse, dure et facilement saignante.

Il y a peu de temps, fracture spontanée en descendant du lit.

A son entrée, il existe à la face interne de la jambe gauche un ulcère à bords végétants s'étendant des tendons fléchisseurs des orteils au bord externe du tendon du jambier antérieur dans le sens transversal.

En touchant cette ulcération, on constate qu'elle repose sur une plaque dure, que les bourgeons qui la composent sont durs eux-mêmes et qu'en les pressant on fait sortir une matière analogue à des filaments de vermicelle.

En un point, elle paraît se prolonger dans la profondeur et, en effet, l'exploration à l'aide d'un stylet démontre qu'elle s'enfonce dans le tibia.

. Pas de ganglions cruraux dégénérés.

On porte le diagnostic d'épithélioma.

Le malade reste plusieurs semaines dans le service et est emporté par un érysipèle infectieux qui fait le tour du tronc.

L'autopsie est faite et l'examen histologique de l'ulcération démontre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

L'étude de l'os est particulièrement intéressante.

En effet, en pratiquant une section longitudinale on constate que dans le canal médullaire et tout près de l'épiphyse inférieure il existe de petites cavités remplies par des bourgeons auxquels l'examen microscopique fait reconnaître la même structure que l'ulcère cutané.

OBSERVATION XXXIV

(Pollosson, *Leçons de cliniq. chirurg.*, 1893.)

Ancienne ostéomyélite du fémur. — Dégénérescence cancéroïdale. — Désarticulation de la hanche. — Guérison.

Le nommé X..., âgé de cinquante et un ans, entre dans le service de M. Pollosson pour des lésions de la cuisse droite.

A sept ans, il a eu une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. A vingt ans, nouvelle poussée qui s'est terminée par une ouverture spontanée et établissement de fistules qui ont persisté depuis et ne l'ont gêné jusqu'à ces dernières années que pour son établissement, il est resté célibataire.

Après un répit de trente ans, l'affection s'est subitement aggravée et l'état général, jusque-là parfait, s'est altéré.

Les fistules sont devenues douloureuses. La sécrétion a beaucoup augmenté, les forces ont décliné et le malade a pris un teint jaunâtre, le teint cancéreux.

A l'entrée, on constate au fémur droit un gonflement hyperostotique du segment inférieur. La peau de la région présente trois fistules dont la plus élevée est un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse et en dehors.

Les orifices de ces fistules présentent des bourgeons grisâtres et indurés.

Les sécrétions ont une odeur particulièrement fétide, caractéristique et différente de celle de la nécrose.

Ganglions durs et mobiles dans l'aîne.

Désarticulation de la hanche.

Cicatrisation complète au bout de douze jours.

OBSERVATION XXXV

(Martel, interne de M. Poncet, *Lyon médical*, 1891.)

Ostéomyélite ancienne. — Dégénérescence du trajet fistuleux.

— Fracture spontanée de la jambe. — Amputation de la cuisse.

J. R..., cinquante-deux ans. A l'âge de quatorze ans, ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia. Guérison spontanée avec persistance d'une fistule qui ne s'est jamais fermée.

Pas de claudication, pas de troubles fonctionnels.

En 1889, nouvelle poussée d'ostéomyélite avec persistance de la fistule.

En 1890, premiers signes de dégénérescence épithéliale aux bords de l'orifice fistuleux ; bourgeons et écoulement sanieux, puis douleurs lancinantes dans le membre.

Fracture spontanée en juin 1890 durant la marche.

Intervention partielle à Roanne.

Depuis, rapide accroissement des lésions.

En avril 1891, amputation de la cuisse.

Pièce anatomique. — Perte de substance par dégénérescence épithéliomateuse de toute l'épiphyse supérieure du tibia. Destruction étendue de la peau. Vaste cavité anfractueuse se prolongeant dans la diaphyse du tibia. Os réduit à une même coque osseuse avec envahissement néoplasique des organes sous-jacents à la partie postérieure du tibia. Plusieurs fractures spontanées.

Lésions articulaires. — Articulation cloisonnée. Deux bourgeons faisant hernie à travers le cartilage décollé sur condyle

interne du tibia. Intégrité des culs-de-sac articulaires et des condyles du fémur.

OBSERVATION XXXVI (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

Epithélioma du gros orteil gauche développé à la suite d'une ostéo-périostite.

La nommée T... Louise, âgée de quarante-deux ans, sans profession, entre le 7 novembre 1886, salle Saint-Paul, dans le service de M. le professeur Poncet.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladie jusqu'à l'âge de douze ans. Une atrophie musculaire de l'enfance a déterminé une énorme atrophie du fémur droit.

A l'âge de sept ans, premiers symptômes d'épilepsie ; premières grandes attaques vers l'âge de douze ans seulement. Très espacées d'abord, survenant une fois seulement chaque année, elles sont peu à peu devenues plus fréquentes.

Pas d'antécédents strumeux, ni tuberculeux.

Il y a sept ans, elle reçut un coup violent sur l'orteil gauche et son ongle entouré depuis longtemps d'une ecchymose tombe au bout de deux ans. L'orteil enfle, se tuméfie, devient douloureux. Les mouvements sont conservés, mais sont très pénibles. La peau change de coloration, devient rouge d'abord, puis lie de vin.

Un abcès se forme ; il est ouvert au bistouri et depuis ce moment il persiste une fistule.

Il y a deux ans, élimination d'un séquestre. La suppuration, quoique légère, a toujours persisté.

A l'heure actuelle, le doigt est tuméfié, surtout à sa partie supéro-externe. La peau est lie de vin, indurée, épaissie, comme celle d'un éléphantiasis. La tuméfaction s'avance au-dessus de l'ongle, ressemblant à un périonyx géant.

Un orifice fistuleux est ouvert à la face supéro externe de la

tumeur, laissant écouler un liquide séro-purulent assez épais d'une odeur repoussante, épithéliale.

Si l'on introduit un stylet, on tombe sur une petite anfractuosité et bientôt sur un os mou, friable.

Les mouvements spontanés du gros orteil malade, mouvements de totalité s'exécutent encore, mais il semble que les tendons doivent faire une sorte de pont au-dessus et au-dessous de l'articulation métatarso-phalangienne atteinte par l'affection, car on peut imprimer à l'orteil des mouvements désordonnés, impossibles avec une articulation normale.

L'induration, l'épaississement et même les modifications de couleur de la peau s'étendent au-dessus de l'orteil, sur la peau du cou-de-pied en se dirigeant en haut et en dehors.

L'exploration du pli de l'aine révèle la présence d'un ganglion ovoïde, gros comme une olive, très dur, situé au sommet du triangle de Scarpa. En outre, on perçoit un chapelet de ganglions plus petits le long de la base du triangle.

La malade est maigre, les traits sont tirés. Le visage exprime la souffrance ; néanmoins les douleurs occasionnées par l'affection de l'orteil ne sont pas très intenses.

On pratique l'ablation de l'orteil.

Peu de temps après la malade est renvoyée à l'hospice de la Teppe (Drôme). Au bout d'un mois, récidive. La malade succomba le 10 août 1887, par suite d'une généralisation, car, pour nous servir de l'expression de la sœur qui nous a fourni les renseignements, « son corps était à la fin de sa vie devenu couleur de bronze ».

OBSERVATION XXXVII (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

Ancienne ostéomyélite du tibia droit. — Dégénérescence cancéroïdale. — Amputation de la cuisse.

Le nommé D... Pierre, chiffonnier, âgé de quarante-six ans, entré le 17 juin 1890, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Poncet.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Bonne santé jusqu'à l'âge de vingt et un ans (1865). A cette époque, après avoir couché plusieurs fois sur la terre humide, il eut de la fièvre, des frissons et de la tuméfaction de la partie supérieure du tibia et du genou. Quelque temps après une, puis plusieurs fistules s'établissent. A ce moment séjour de quinze mois dans le service de M. Ollier. Il en sort amélioré mais non guéri et pendant vingt-cinq ans fait son travail de chiffonnier avec une supuration permanente et des douleurs légères.

Dans le mois de février 1890, les douleurs deviennent plus vives; lancées aiguës dans tout le membre et bientôt impossibilité de la marche.

17 juin. — Le malade entre à l'Hôtel-Dieu. Il présente alors une tumeur qui, développée au niveau de la partie externe du genou, avait amené à ce niveau et en avant une perforation des téguments, donnant issue à un liquide sauguiolent et horriblement fétide.

La tumeur est de consistance inégale; dure, rénitente en certains points, elle est ailleurs molle et donne presque une sensation de fluctuation. Elle est irrégulière; les téguments ont une couleur rougeâtre.

Tuméfaction des ganglions inguinaux et cruraux.

Œdème de la jambe. Douleurs très vives à la pression.

L'amputation est décidée et exécutée, le 19 juin 1890, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse.

22 juillet. — Légère suppuration. Etat général excellent.

15 août. — Départ pour Longchêne.

19 juin 1894. — Quatre ans après l'opération cet homme se porte très bien. Pas trace de récurrence. L'engorgement des ganglions de l'aîne a persisté.

OBSERVATION XXXVIII (personnelle)

Recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet.

Epithélioma végétant de la jambe ayant pour point de départ un ancien foyer ostéomyélitique. — Amputation de la cuisse.

Le nommé Bar... Claude, cultivateur, âgé de cinquante ans, entre à la Clinique, salle Saint-Philippe, le 31 mars 1894, pour une tumeur de la jambe gauche qui date de trois mois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Vers l'âge de douze ans, ce malade eut une ostéomyélite du tibia gauche; les téguments s'ulcérèrent et du pus s'écoula en assez grande abondance. Au bout d'un an environ, le processus inflammatoire semblait éteint, mais il persista une fistule qui ne se ferma jamais. A l'aide d'un pansement très sommaire qui consistait en une simple bande de toile roulée autour de la jambe, le malade put, sans grand inconvénient, vaquer aux rudes occupations de cultivateur. Il remarqua toutefois que la douleur se réveillait dès qu'il faisait un travail plus pénible qu'à l'ordinaire.

Il y a cinq mois cet homme vit se produire au niveau du bord antérieur du tibia gauche, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, c'est-à-dire à l'endroit où siégeait la fistule une ulcération de la largeur d'une pièce de 2 francs et de 1/2 centimètre de profondeur. Le fond était bourgeonnant et donnant issue à un peu de sérosité, cette ulcération s'étendit rapidement en surface, tandis qu'elle diminuait en profondeur, bientôt elle se combla.

Deux mois après le début de l'ulcération il existait à ce niveau une petite masse saillante, bourgeonnante qui s'étendait progressivement. A ce moment le malade alla consulter un médecin qui prescrivit une pommade; le patient remarqua qu'après l'application de cette dernière, la tumeur prit une allure beaucoup plus rapide.

En même temps qu'elle s'accroissait elle répandait une odeur

nauséabonde. La région était le siège d'une douleur très vive avec exacerbation nocturne qui cessa il y a quelques jours. Le malade maigrit beaucoup et perdit rapidement ses forces.

Actuellement la jambe gauche est légèrement œdématiée ; la peau est rouge et épaissie. Dans la moitié supérieure elle présente une masse bourgeonnante formant au dessus des téguments une saillie elliptique à grand axe vertical, occupant la partie antérieure de la jambe et ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus.

Cette tumeur est végétante, d'aspect rosé avec des dépressions remplies d'un liquide jaunâtre très fétide. Elle n'est pas mobile sur les plans profonds. Elle est actuellement indolore.

Les ganglions de la région inguinale sont engorgés.

L'état général est encore assez satisfaisant malgré un amaigrissement extrême et la perte complète des forces.

Le visage présente une teinte jaune. On ne trouve pas de généralisation viscérale.

2 avril 1894. — Amputation de la cuisse au tiers inférieur pratiquée par M. Jaboulay.

7 mai 1894. — Le malade quitte l'Hôtel-Dieu pour aller à Longchêne. Il est en parfait état d'amélioration.

10 juin 1894. — Sortie de Longchêne. Les ganglions inguinaux n'ont pas augmenté. Le malade est dans un état très satisfaisant.

Nous devons à l'obligeance de M. le D^r Doré, chef du Laboratoire de la Clinique, qui a pratiqué l'examen anatomique de la pièce, la note suivante :

Aussitôt après l'amputation, la pièce est portée au Laboratoire. Des fragments sont prélevés pour l'examen histologique, puis il est procédé à une dissection du membre.

Après avoir enlevé les portions de tissu sain et ruginé l'os dans les parties non envahies par le néoplasme, on constate : 1° que le tiers supérieur du tibia est envahi par la dégénération cancéreuse. Il existe une large perte de substance osseuse telle que l'os n'est représenté à cet endroit que par une lame constituée par la partie

postérieure du tibia; toutes les portions, antéro-interne et antéro-externe ont disparu, à l'exception d'une mince travée qui est un dernier vestige de la crête du tibia.

En détachant avec un fort courant d'eau les parties néoplasiques, il ne reste plus qu'une surface recouverte d'aspérités dont les unes sont des stalactites osseuses, et les autres des portions d'épithélioma que l'eau n'a pas détachées.

Au-dessous de la tumeur, l'os paraît sain.

Au-dessus, au contraire, il est augmenté de volume. Le périoste ne se détache pas facilement.

Il s'est produit une incurvation antérieure telle qu'on la rencontre dans les vieilles ostéomyélites. L'axe de la portion supérieure du tibia, fait avec l'axe de la portion inférieure un angle obtus de 20 degrés ouvert en arrière.

On ne trouve pas de séquestre. Au-dessus de la perte de substance, le canal médullaire est rempli sur une longueur de 4 à 5 centimètres par un liquide d'aspect noirâtre de consistance gélatineuse répandant une odeur fétide.

L'examen microscopique montre que l'on se trouve en présence d'un épithélioma pavimenteux typique.

CHAPITRE V

Pronostic et traitement.

PRONOSTIC

De l'examen des observations précédentes, il est facile de voir la gravité de pronostic que comporte la dégénérescence épithéliomateuse des vieux foyers pathologiques osseux. La mort, souvent à brève échéance, est la terminaison inévitable de l'affection abandonnée à elle-même. Les malades succombent dans la cachexie, qui s'établit sous l'influence de causes multiples : suppurations prolongées, douleurs, résorption de produits putrides, hémorragies peu abondantes peut-être, mais souvent répétées, quelquefois enfin par généralisation aux organes importants, foie, rein, colonne vertébrale, comme les observations IX et XXIX nous en fournissent la preuve.

La variété de cancroïde que nous étudions ne peut donc pas être assimilée à certaines tumeurs de cette nature qui se développent sur les téguments à l'abri de toute cause

irritative, chez des personnes très âgées, plus âgées souvent encore que les sujets de nos observations et chez lesquelles le néoplasme peut être considéré comme une tumeur bénigne, car on connaît certains cancroïdes de la face et du front qui pendant des quinze et vingt ans n'ont compromis en rien l'état général.

Est-ce à dire que tout moyen thérapeutique est impuissant dans les cas d'épithélioma des os et que le malheureux atteint d'une telle affection doit être abandonné à une mort fatale ! Non. L'intervention chirurgicale, du fait même de l'évolution et de la localisation de la maladie peut, dans la grande majorité des cas, modifier favorablement la gravité du pronostic.

Nous avons dit que l'inflammation chronique déterminait tout autour du foyer pathologique, un tissu scléreux, lardacé, qui pendant un certain temps, peut limiter le processus morbide. La lésion reste ainsi limitée pendant un laps de temps assez long. Si l'invasion des ganglions est la règle, elle se fait assez lentement, car nous voyons quelques observations (obs. IV et V) où l'on a noté leur intégrité, malgré des lésions assez avancées du côté du squelette pour avoir déterminé la fracture spontanée.

Entre le moment où se fait la généralisation et le début de l'affection, il s'écoule donc un long espace de temps pendant lequel l'intervention chirurgicale est nettement indiquée. Une opération pratiquée à ce moment et dans de bonnes conditions aura des chances d'être efficace.

D'après Volkmann, la guérison aurait été définitive dans beaucoup de cas. Sa statistique dressée avec un nombre de cas assez grand pour être prise en sérieuse considération lui aurait donné :

55 pour 100 de guérison définitive.

17 — 100 de guérison probable.

28 — 100 de mort.

La mort étant survenue soit par récurrence, soit que les malades arrivés à une période trop avancée n'aient pas été opérés. Nous savons bien que cette statistique ne peut être appliquée dans son intégrité au cas particulier que nous étudions, car Volkmann, dans son étude du cancroïde des membres en général, avait affaire à des tumeurs dont le pronostic était d'autant plus bénin qu'elles avaient la plupart du temps respecté le squelette et qu'elles s'étendaient sur une partie plus ou moins vaste des téguments avec envahissement des parties sous-jacentes.

Ces résultats sont pourtant d'un enseignement précieux, car ils nous montrent bien que l'intervention peut diminuer dans des proportions notables la gravité de l'épithélioma développé en une région où la chirurgie a prise sur lui.

Nous regrettons que le nombre restreint de nos observations où les malades ont pu être suivis pendant un laps de temps suffisant pour savoir s'il y avait ou non récurrence, ne nous ait pas permis de dresser une statistique que nous aurions pu comparer à celle de Volkmann. Comme il arrive la plupart du temps, quelques mois après l'opération les malades quittent les hôpitaux et, dès lors, il est bien difficile de savoir ce que devient leur affection.

Nous avons cependant trouvé signalés des cas où les malades ont été suivis assez longtemps pour que la guérison soit considérée comme définitive, témoin les observations XII et XXVIII, où onze ans et huit ans après l'opé-

ration il n'y avait pas eu la moindre récurrence et les opérés se trouvaient dans un parfait état de santé.

Le malade de l'observation XXXVII, opéré par M. Poncet, il y a quatre ans, se porte aujourd'hui tout à fait bien.

On sait que la récurrence, lorsqu'elle a lieu, ne met pas si longtemps à se produire. C'est peu de temps après l'opération, un an, quelques mois, parfois quelques semaines (obs. XXVI) qu'on la voit survenir.

TRAITEMENT

Traitement curatif. — Nous ne parlerons pas, bien entendu du traitement médical, qui moins que pour toute autre variété de cancroïde ne peut être efficace quand ce dernier a envahi le tissu osseux. On sait trop bien et depuis longtemps du reste que toutes les pommades, tous les caustiques que l'on peut appliquer en pareille circonstance remplissent à merveille la fonction d'agent irritant et par suite vont précisément à l'encontre du but qu'on se propose : activer la marche de l'affection au lieu de l'enrayer, voilà leur effet.

Si seule la chirurgie présente des ressources suffisamment efficaces, à quel genre d'intervention aura-t-on recours? Une opération qui n'aura pour but que l'ablation simple du foyer pathologique avec conservation aussi grande que possible des tissus environnants sera-t-elle suffisante? Nous ne le pensons pas.

Nous savons bien que certains cancroïdes même assez étendus ont pu être enlevés sans mutilation et sans pour cela être suivis de récurrence. Le professeur Ollier présen-

tait dernièrement encore à la Société des sciences médicales de Lyon, un malade porteur d'un épithéliome développé sur une ancienne cicatrice suite de brûlures, chez lequel il avait obtenu un magnifique résultat par le moyen de greffes autoplastiques pratiquées après l'ablation de la tumeur; mais dans ces cas les tumeurs sont superficielles et par suite diffèrent profondément de celles que nous envisageons. Quand le néoplasme s'étend des téguments jusques et y compris le squelette peut-on espérer, si l'on ne va pas loin du foyer, couper dans les tissus sains faire une ablation complète? L'observation XXVI où la récurrence survint quelques semaines après l'intervention nous donne une réponse assez significative. Dans ce cas pourtant la tumeur paraissait en quelque sorte isolée et les tissus voisins avaient été raclés et curettés. Du reste, opérer par morcellements successifs, et l'on ne saurait faire autrement quand il s'agit d'extirper une masse siégeant au fond d'un foyer osseux, c'est aller à l'encontre des préceptes opératoires donnés par les chirurgiens qui rejettent les ablations fragmentaires des tumeurs malignes. En allant, avec une curette chercher dans les profondeurs des tissus les bourgeons épithéliomateux, on s'expose à les ensementer sur les tissus superficiels. M. Sabatier¹ a montré que les récidives dans les cicatrices s'expliquent aussi bien par la greffe opératoire que par l'oubli dans la plaie de petites portions de la tumeur.

Une opération radicale seule, supprimant d'un coup tout le foyer carcinomateux, sera efficace; c'est elle qu'il faudra pratiquer toutes les fois qu'elle sera de mise.

¹ Sabatier. *Province médicale*, 1888.

Comme dans l'immense majorité des cas, c'est sur les membres que la lésion que nous étudions se développe, c'est à l'amputation qu'il faudra avoir recours. Sur nos trente-huit observations, il n'est pas un seul cas où le cancroïde ait atteint les os du tronc ou de la tête. Si le cas se présentait, car le fait est possible, c'est l'ablation d'une portion du squelette malade qu'il faudrait pratiquer en se tenant aussi loin que possible du foyer morbide, comme cela se fait couramment pour les cancroïdes qui ont envahi les os de la face, mais qui ne rentrent pas dans la catégorie de ceux que nous envisageons.

L'amputation admise, où doit-elle être pratiquée? Aussi loin que possible de la lésion, car plus on se tiendra à distance du foyer cancéreux plus on aura de chances de mettre le malade à l'abri d'une récurrence. Si le néoplasme siège sur un segment du membre, c'est sur le segment supérieur que devra porter l'amputation; si c'est le premier segment cuisse ou bras qui est envahi, c'est à la désarticulation de la hanche ou de l'épaule qu'il faudra donner la préférence, la lésion eût-elle laissé dans le segment du membre encore assez de tissu sain en apparence pour la taille des lambeaux. « Cette variété d'épithéliome constitue donc une indication assez fréquente de désarticulation. » (Pollosson.)

L'envahissement des ganglions, l'amaigrissement du malade, sa couleur jaune et son aspect déjà cachectique sont ils des contre-indications opératoires? Evidemment arrivé à cette période de l'affection, le malade se présente dans des conditions moins bonnes que dans la période initiale, mais son état ne devra pas pourtant être toujours considéré comme étant au dessus des ressources de l'art.

M. Pollosson s'attache à faire ressortir que, même avec cette modification suspecte de l'état général, rappelant absolument celle des épithéliomas glandulaires, on a vu des cas où l'intervention a donné des résultats favorables. Il dit que dans ces circonstances « on aurait tort d'abandonner les malades, il s'agit d'une infection susceptible de disparaître après l'ablation des parties dégénérées. M. le professeur Poncet, ajoute-t-il plus loin, insiste souvent sur l'aptitude à la réparation que présentent certains états cancéreux. Chez ces épithéliomateux, la teinte suspecte de la peau ne comporte donc pas un pronostic fâcheux et ne contre-indique pas les opérations. »

On a vu en effet des malades, déjà profondément cachectiques, s'améliorer rapidement après l'opération, et les ganglions se résorber après l'ablation du foyer primitif (obs. VII). Du reste ici, comme pour les cancers du sein et autres tumeurs malignes, les ganglions malades doivent être extirpés en même temps qu'on pratique l'opération principale. Nous croyons donc que, hors les cas où la généralisation aux viscères est manifestement constatée, l'opération peut et doit être conseillée.

Traitement prophylactique. — En présence d'une affection aussi grave, sur laquelle la thérapeutique n'a de prise qu'au moyen d'une mutilation toujours pénible, nous devons nous demander si l'on ne pourrait rien pour la prévenir.

Il suffit de parcourir les observations que nous avons reproduites pour voir d'une manière constante la présence d'un trajet fistuleux être la cause première de tout le mal. Dès lors, le traitement prophylactique est trouvé : la fermeture de la fistule, voilà l'indication à remplir.

De cette simple considération s'impose une fois de plus l'impérieuse nécessité d'évider largement les anciens foyers ostéomyélitiques qui entretiennent la suppuration. Il faut, ainsi que M. le professeur Poncet le répète souvent dans ses leçons, ouvrir le foyer pathologique, ne pas craindre de faire de grandes incisions et de larges brèches, aller à la recherche des séquestres ou du foyer mal éteint, explorer tous les recoins, enlever soit à la gouge et au maillet ou de toute autre façon tous les tissus qui paraissent malades ou même suspects et n'abandonner la place que lorsqu'on est sûr d'avoir délogé l'ennemi. Nous sommes convaincu qu'en procédant de cette façon on eût évité à plus d'un malade la mutilation et peut-être la mort.

Les partisans acharnés de l'influence diathésique, ceux qui veulent trouver dans une tare constitutionnelle la cause de toutes les affections dont la nature intime nous échappe, pourraient peut-être nous objecter qu'en voulant ainsi, par l'obstruction de la fistule, fermer la porte au processus cancéreux nous n'avons fait que préparer un terrain favorable à son développement en créant une cicatrice plus ou moins étendue, cicatrice propice à la production épithéliomateuse. Le malade prédisposé, nous dira-t-on, aura aussi bien son cancroïde avec une cicatrice qu'avec une fistule. Sans vouloir discuter ce qu'une telle objection peut avoir de fondé, en admettant même la possibilité d'une telle hypothèse, nous répondrons : n'eût-on qu'épargné au malade les longues années d'une suppuration sinon dangereuse, toujours gênante, ne l'eût-on que mis à l'abri des poussées nouvelles de l'ostéomyélite prolongée, on eût toujours fait œuvre utile, grandement utile !

CONCLUSIONS

Les anciens foyers ostéomyélitiques consécutifs à des lésions infectieuses plus ou moins aiguës du squelette et avec persistance de trajets fistuleux sont parfois le siège d'une dégénérescence cancroïdale. A côté de cette forme d'infiltration épithéliomateuse que nous appellerons avec M. Poncet, *ouverte*, par suite de la persistance de fistules s'en trouve une autre, beaucoup plus rare, observée seulement au talon, à la jambe, au niveau du tibia et dans laquelle un ulcère cicatriciel épithéliomateux gagne par continuité le squelette sous-jacent, autrefois enflammé. Nous laissons de côté, bien entendu, les épithéliomes osseux succédant à d'anciens ulcères ou cicatrices devenus cancroïdaux et qui peuvent s'étendre au squelette jusqu'alors indemne. Nous n'avons eu en vue, en effet, dans ce travail que les vieilles lésions osseuses devenant le point de départ d'une façon ou d'une autre d'un épithélioma.

Toutes les anciennes lésions osseuses ne nous paraissent pas susceptibles, au moins au même degré, de subir la dégénérescence cancroïdale, c'est ainsi que nous nous sommes seulement occupé de cette complication dans les lésions ostéomyélitiques. Il semble en effet, d'après toutes les observations que nous avons dépouillées et d'après les faits par nous recueillis, que les lésions tuberculeuses ne se prêtent pas à ces transformations malignes. La tuberculose osseuse d'ancienne date, surtout des extrémités, peut comme nous en avons vu dans la collection pathologique de M. Poncet, et ainsi que l'a établi M. Adenot, donner lieu à des productions papillaires, végétantes de la main et du pied, par exemple (tuberculeuse ulcérée à forme éléphantiasique) qu'il sera très difficile de séparer cliniquement à première vue d'un ulcère épithéliomateux, mais la marche de la lésion et surtout l'examen histologique permettront de trancher la question.

L'ostéomyélite prolongée secondairement cancroïdale se rencontre surtout dans des foyers avec séquestres ayant été le point de départ d'abcès à répétition ou ayant donné naissance à des fistules persistantes. Comme toutes les lésions dégénératives, l'épithélioma se montre plus volontiers à la seconde période de la vie et nous n'avons qu'une seule observation de M. Poncet, d'épithélioma aigu chez un enfant de treize ans, atteint quelques mois auparavant d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche.

Nous avons trente-neuf observations d'épithélioma intra-osseux, l'âge moyen de nos malades était de cinquante ans et l'ostéomyélite datait de plus de trente ans. 26 fois il s'agissait du tibia, 5 fois du fémur, 5 fois du pied (calcaneum, métatarsiens et phalanges), 2 fois du bras, 1 fois du

genou. Ainsi qu'on peut le voir, la fréquence de cette affection est notablement plus grande pour le tibia que pour les autres os.

Au point de vue pathogénique, l'épithélioma qu'on a quelquefois appelé primitif est toujours secondaire. Quoique paraissant débiter par le squelette et quelquefois dans sa profondeur, il succède toujours à une dégénérescence primitive des fistules cutané-osseuses ou encore à des cicatrices adhérentes. L'envahissement du squelette peut se produire de deux façons différentes : soit par la marche extérieure du néoplasme le long des parois fistuleuses ; soit encore, suivant la remarque de M. Poncet, par greffe de cellules épidermoïdales transplantées sur des bourgeons intra-squelettiques ou autres.

La lésion débute lentement, sourdement dans les ostéomyélites cavitaires et, peut dès lors cliniquement, se présenter sous deux formes d'aspect fort différent. Tantôt en effet, il existe du côté de la peau un ulcère cancrøidal plus ou moins étendu qui met immédiatement sur la voie du diagnostic, tantôt au contraire, la lésion se produit dans la profondeur des tissus, il n'y a pas trace d'épithélioma au niveau des fistules et c'est alors qu'en dehors d'un examen complet, la fétidité particulière des sécrétions, fétidité presque *sui generis*, connue pour d'autres épithéliomes cavitaires, peut mettre sur la voie du diagnostic.

Au point de vue anatomo-pathologique on s'est constamment trouvé en présence d'épithéliome lobulé à forme plus ou moins térébrante, d'où la raréfaction relativement rapide du squelette, malgré une hyperostose ancienne plus ou moins accusée, d'où également une friabilité anormale et la fréquence de fracture spontanées que nous avons ren-

contrées. Ainsi qu'on peut en juger par notre dessin, la lésion est essentiellement destructive, elle ruine l'os plus ou moins rapidement et, bien entendu, contrairement à ce qui se passe dans les lésions inflammatoires amenant par retentissement inflammatoire du tissu périostique, une néoformation osseuse, la lésion est uniquement ulcéreuse, entraînant rapidement un défaut de résistance du squelette.

Comme dans tout néoplasme malin, la marche de l'affection est fatalement progressive. Le pronostic de ces dégénérescences osseuses nous paraît particulièrement grave, soit en lui-même, soit en raison de la mutilation qu'il exige. Il est subordonné au siège de la dégénérescence, à son étendue, à son ancienneté, etc., et aussi à la précocité de l'intervention. Dans tous les cas, on n'oubliera pas que la dégénérescence survenant dans des tissus depuis longtemps pathologiques, les désordres peuvent être beaucoup plus étendus qu'on ne le suppose. L'infiltration épithéliomateuse peut envahir très rapidement un tel terrain si favorable à son développement.

La plupart du temps, du reste, les ganglions lymphatiques voisins sont envahis. Nous avons trouvé leur dégénérescence signalée dans plus de la moitié des cas. Suivant M. Poncet, elle serait rapide. Il les a toujours observés dans les épithéliomes intra-osseux du fémur qui, malgré l'amputation, se sont toujours terminés par la mort à une époque plus ou moins éloignée de l'opération.

Le traitement doit être d'emblée radical; c'est dire que l'on s'abstiendra systématiquement de toute opération atypique, curettage, grattage évidemment et que l'on ne songera pas davantage à une résection qui trouverait

déjà, le plus souvent, dans l'âge du sujet une contre-indication suffisante, si, de par la nature de l'affection, il n'en existait pas d'autres déjà qui nous font rejeter complètement ce mode d'intervention. C'est à l'amputation, comme l'a appris M. Poncet, qu'il faut recourir, et à l'amputation dans la contiguité, de préférence à l'amputation dans la continuité.

Dans les cas que nous avons pu réunir, l'amputation a donné plusieurs cas de guérison. Nous trouvons, en effet, un cas où le malade a été suivi pendant onze ans sans récurrence, un autre huit ans, quatre pendant quatre ans et un certain nombre de cas plus de deux ans.

Il est telles circonstances où l'amputation qui ne saurait être curative est cependant encore indiquée. On peut alors pratiquer l'amputation dans la continuité puisqu'elle ne peut avoir d'autre but que de supprimer des douleurs parfois atroces résistant à tout autre moyen thérapeutique. C'est ainsi que dans un cas de ce genre, M. Poncet pratiqua l'amputation au tiers supérieur de la cuisse malgré l'envahissement des ganglions inguinaux, iliaques, etc., auxquels on ne toucha pas.

L'opéré soulagé succomba quelques mois après à une généralisation.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — <i>Aperçu historique</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie</i>	
<i>pathologique.</i>	18
Étiologie	18
Pathogénie.	29
Anatomie pathologique	34
CHAPITRE III. — <i>Symptômes et diagnostic</i>	38
Symptômes.	38
Diagnostic	50
CHAPITRE IV. — <i>Observations</i>	56
CHAPITRE V. — <i>Pronostic et Traitement</i>	79
Pronostic	79
Traitement.	82
CONCLUSIONS	87

